FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° .....

1045

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

K U F F E R Roger

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 5 mars 1928 à LES LILAS (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

" LES LOCALISATIONS BUCCALES ET PERIBUCCALES DU PLASMOCYTOME APPAREMMENT SOLITAIRE "

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME.

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.

174, Bd St-Germain

PARIS 6ème

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0015

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° .....

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

K U F F E R Roger

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 5 mars 1928 à LES LILAS (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

" LES LOCALISATIONS BUCCALES ET PERIBUCCALES DU PLASMOCYTOME APPAREMMENT SOLITAIRE "

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME.

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.

174, Bd St-Germain

PARIS 6ème

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

1. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
(Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	N
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
(Tenon	LORTAT-JACOB (J.L)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES(F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Cliniques des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
(Cochin	BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(St-Antoine	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales ..... (Baudelocque	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
" (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) ..	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
(Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
(Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
(Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
(Prof. à titre personnel)	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BINET (L.)
(Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
(Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

11. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	OLIVIER (G) CABROL (C.) COUINAUD (G.) GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
Anatomie pathologique	pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYOU (Ch.) ORCEL PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports	PIAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LABARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER(G) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) , pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)

	MM.
	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.)
Obstétrique	MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT(J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.),m.conf. CATINAT (J. CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.

	MM.		MM.
	LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)	Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
		Psychiatrie	PICHOT (P.)
		Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D.)
	JOSEPH (R.) MANDE (R.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pédiatrie-Puériculture ..	MOZZICONNACCI(P) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)	STOMATOLOGIE	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m.c. agr. GRELLET (M.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Physiologie	DEJOURS (P.)		
Physique médicale	GOUGEROT(L.), m. conf. pr. s.ch. KELLERSHOHN	Urologie	QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale....	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.M.)	Clinique ophtalmologique..	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
		Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	DOMART (A.) FERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique...	BARUK (H.)
		Clinique urologique.....	KUSS (R.)
		Médecine Légale	GAULTIER

IV. - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H.)
Melle CHAINTREUIL(G)
Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur ..... Melle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Melles LAURENT (H.)
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)

-:-:-:-:-:-

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. D E C H A U M E

Professeur de Clinique Stomatologique à la Faculté
de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la légion d'Honneur,
Médaille Militaire,
Stomatologiste de l'Hôpital de la Pitié

En remerciement du grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse et en témoignage de respectueuse gratitude pour l'enseignement qu'il m'a dispensé au cours de mon stage d'Externe dans son Service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE B. D U P E R R A T

Médecin de l'Hôpital St Louis,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Qui a bien voulu me fournir le sujet de cette thèse et les éléments nécessaires à son élaboration.

Il m'a donné le goût de la Dermatologie.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma respectueuse admiration et de ma reconnaissance profonde.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE P. C E R N E A

Stomatologiste de l'Hôpital St Louis,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

dont les conseils et les critiques m'ont été particulièrement précieux.

Il m'a fait l'honneur de me garder longtemps comme Externe auprès de lui.

Je suis heureux de pouvoir lui exprimer ma profonde gratitude et mon respectueux attachement.

A MES MAITRES PENDANT MON EXTERNAT DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CORDIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. AUBRY

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique à la Faculté de Médecine de Paris,

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE M. GRELLET

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LEROUX-ROBERT

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux, Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut et de la Fondation Curie.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MOUSSOIR

Médecin de l'Hôpital St Louis.

MONSIEUR LE DOCTEUR C. CREPY

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'assurance de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.

A MES PREMIERS MAITRES EN STOMATOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR R.C. THIBAULT

Stomatologiste de l'Hôpital St Antoine.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. PARANT

Stomatologiste de l'Hôpital Hérold.

MONSIEUR LE DOCTEUR R.J.M. CORBEIL

Stomatologiste Assistant des Hôpitaux de Paris.

Ils m'ont fait aimer la Stomatologie.

Je garde d'eux, et de l'enseignement qu'ils me donnèrent un souvenir ému, et fidèle.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MERCIER

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

qui me guida avec autorité et gentillesse pendant ma préparation à l'Externat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HENAULT

Stomatologiste de l'Hôpital Corentin-Celton

qui fit la première étude clinique de ce cas de plasmocytome et voulut bien me communiquer les premièrs éléments de la bibliographie.

I N T R O D U C T I O N

On désigne sous le nom de plasmocytome une formation tumorale constituée exclusivement ou presque exclusivement de plasmocytes ou d'éléments plus ou moins matures de la lignée plasmocytaire.

Le plus souvent, ce sont des tumeurs multiples développées dans la moelle des os, selon le tableau classique du myélome multiple ou maladie de KAHLER.

Exceptionnellement, le foyer osseux est unique, c'est un plasmocytome solitaire des os.

Moins rarement, la tumeur se développe au sein des tissus mous ; il s'agit alors d'un plasmocytome extra-médullaire, le plus souvent solitaire, dont la localisation la plus fréquente est la muqueuse des voies aéro-digestives supérieures.

L'étude des deux derniers types cliniques ne peut être dissociée de celle de la maladie de KAHLER, dont ils semblent constituer un stade initial. En effet, il n'est pas rare, après la cure chirurgicale ou physiothérapique d'un plasmocytome isolé, d'observer après un temps de latence plus ou moins long, l'apparition d'un tableau clinique de myélome multiple. Et nous verrons qu'au sujet de la bénignité ou de la malignité des formes localisées de plasmocytome, l'accord des différents auteurs n'est pas réalisé.

Enfin, on peut rattacher aux cas précédents ceux où la maladie se traduit par une atteinte diffuse de la moelle osseuse, sans foyer visible à l'examen radiologique, avec ou sans passage des éléments plasmocytaires dans le sang : ce sont la leucose et la crypto-leucose à plasmocytes.

Tenter de faire la synthèse de ces différentes formes est une entreprise qui dépasse les dimensions de ce travail. Plus modestement, nous essaierons, à propos d'un cas récent que nous avons pu suivre à l'hopital Saint-Louis, dans les Services de nos Maîtres : les Professeurs DUPERRAT et CERNEA, de grouper quelques observations de localisations buccales et péri-buccales de plasmocytomes apparemment isolés, que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale française et étrangère ; de tirer de leur étude anatomo-clinique les éléments qui peuvent conduire le spécialiste à un diagnostic auquel il ne pense pas toujours, en raison de son caractère exceptionnel.

Nous éliminerons de cette étude les tumeurs buccales apparaissant au cours de l'évolution d'une maladie de KAHLER connue, et les cas où la découverte d'une localisation buccale s'accompagne de celle d'une dissémination osseuse évidente.

Dans notre titre, nous avons utilisé l'expression : "plasmocytome apparemment solitaire". Il est, en effet, difficile d'affirmer qu'une telle tumeur est isolée : malgré un examen radiologique complet du squelette resté négatif, il peut exister des lésions osseuses minimes, indécelables même sur des clichés en agrandissement, à côté desquelles peut passer le trocart de ponction médullaire ; il peut exister des lésions viscérales latentes qu'il n'est pas toujours facile de mettre en évidence. L'observation que nous présentons en fournira un bon exemple.

- o -

O B S E R V A T I O N C L I N I Q U E

Monsieur AM...R..., âgé de 22 ans, chauffeur de camion, nous est adressé le 13 décembre 1960 par le Docteur HENAULT, Stomatologiste de l'hopital Corentin-Celton, pour une parodontose avec hypertrophie gingivale d'aspect inhabituel.

Antécédents

Le malade, kabyle originaire de la région de Tizi-Ouzou, est venu en France métropolitaine il y a deux ans. Son père, sa mère et sa soeur sont bien portants. Il n'a pas d'antécédent morbide personnel.

Histoire de la maladie

Les premiers signes se sont manifestés huit ans auparavant, alors que le malade était âgé de 14 ans. Il s'agissait d'un gonflement de la gencive dans la région incisive supérieure, avec mobilité dentaire.

Progressivement, l'affection a gagné les régions latérales de l'arcade supérieure.

En 1957, lors d'un accident de voiture, plaie de la lèvre inférieure, pas de fracture des maxillaires, mais luxation complète de deux dents inférieures gauches. Depuis cette époque, l'affection s'est étendue à la mâchoire inférieure, débutant en regard de la plaie qui était para-médiane gauche. La même année, le malade fit extraire deux molaires supérieures gauches, en raison de leur mobilité. Deux autres dents furent extraites l'année suivante, pour

la même raison ; le malade précise que toutes les dents extraites étaient par ailleurs saines, indemnes de carie.

Le Docteur HENAULT vit le malade pour la première fois en octobre 1960. Constatant la présence d'une hyperplasie gingivale molle, diffuse, s'étendant aux zones édentées, accompagnée d'ostéolyse, il fit procéder à un certain nombre d'examens complémentaires, dont, par un souci de clarté, nous reparlerons plus loin.

A son entrée dans le Service du Pr DUPERRAT,

l'état général de notre malade était très satisfaisant : pas de fièvre, pas de fatigue, appétit et transit normaux.

Il ne se plaignait d'aucune gêne, ni à la mastication, ni à la phonation, ni à la déglutition.

Mais il présentait chaque matin au réveil une douleur gingivale sourde, diffuse, qui durait environ un quart d'heure et cessait ensuite totalement.

Examen stomatologique

L'examen exo-buccal ne montre rien de particulier, si ce n'est :

- une cicatrice de la lèvre inférieure, paramédiane gauche (accident de voiture en 1957)
- une adénopathie sous-maxillaire bilatérale :
  - . à droite, un ganglion de la taille d'une olive,
  - . à gauche, deux ganglions, gros respectivement comme une olive et un pois.

  Ces ganglions sont indolores, fermes, mobiles, sans périadénite.
- L'inspection et la palpation ne décèlent rien d'anormal au niveau des reliefs osseux, des tissus mous et des aires ganglionnaires cervicales.

- Il n'y a pas de trouble de la sensibilité objective de la face.
- Le malade ouvre largement la bouche et l'on est d'emblée frappé par une hypertrophie gingivale diffuse qui tend à recouvrir les dents restantes.

En effet, il s'agit d'un édenté partiel, dont la formule dentaire est :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2
8 7 5 4 3 2	8

L'édentation des hémiarcades gauches a été réalisée en 1957-1958 en raison de l'extrême mobilité des dents. Rappelons la luxation complète de deux dents lors d'un accident de voiture.

La gencive forme deux gros bourrelets, l'un vestibulaire, l'autre lingual, qui courent d'une extrémité à l'autre de chacune des deux arcades, recouvrant les couronnes des dents jusqu'à mi-hauteur. Ils sont recoupés par de profondes incisures verticales qui leur donnent un aspect lobulé.

Les deux bourrelets sont séparés l'un de l'autre par un sillon qui suit la crête alvéolaire et dans lequel sont implantées les dents restantes.

Le sillon et les bourrelets persistent au niveau des zones édentées.

La couleur de la muqueuse est sensiblement normale rose mauve ; il n'y a pas d'aspect inflammatoire, pas de suppuration, simplement une petite exulcération arrondie minime au niveau de l'incisive latérale supérieure gauche.

Au niveau de l'emplacement de l'incisive inférieure gauche, on note une synéchie, un petit pont gingival en poignée de valise de 3 mm de diamètre, long de 1 centimètre, au sommet du bourrelet vestibulaire.

Au fond du sillon gingivo-jugal, au niveau de l'emplacement des prémolaires supérieures gauches, on trouve un orifice ovalaire de 6 x 4 mm, qui serait la trace de la biopsie faite trois mois plus tôt par le Docteur HENAULT.

L'exploration de l'orifice montre une cavité sous-jacente aplatie sagittalement, virtuelle lorsque la joue n'est pas distendue par un écarteur.

Elle est grossièrement arrondie, d'un diamètre de 2 cm, superficielle, dans l'épaisseur des tissus mous. Aucun pertuis permettant de pénétrer dans le maxillaire ou le sinus n'est retrouvé. La mise en pression des fosses nasales ne met en évidence aucune communication.

La palpation des bourrelets gingivaux montre leur consistance molle, pâteuse, un peu élastique. On peut les écarter facilement l'un de l'autre et décoller le bourrelet vestibulaire des racines dentaires. On aperçoit ainsi face profonde du bourrelet qui est lisse au niveau des zones édentées, rose mauve, avec quelques plages un peu plus rouges. Au niveau des zones dentées, où l'os alvéolaire a disparu, dénudant les dents jusqu'au tiers moyen de la hauteur radiculaire, la face profonde du bourrelet est crénelée en crête de coq, moulée sur les racines. Il n'y a pas de pus, presque pas de tartre.

Dans la profondeur, de petits ponts gingivaux interdentaires unissent les deux bourrelets entre les racines, auxquelles ils n'adhèrent pas.

Les bourrelets gingivaux sont hypoesthésiques à la piqûre (la biopsie du Dr HENAULT a pu être faite sans anesthésie), mais la sensibilité tactile est normale.

Les autres régions de la cavité buccale sont normales.

- Les téguments et les autres muqueuses sont normaux, si l'on excepte plusieurs cicatrices arrondies sur les deux avant-bras (brûlures par cigarette).
- Les aires ganglionnaires, le coeur et les vaisseaux, les poumons, l'abdomen, le foie et la rate, sont cliniquement normaux ; l'examen neurologique est négatif.

En résumé :

Chez ce jeune kabyle de 22 ans, présence d'une polyalvéolyse très mutilante, avec hypertrophie gingivale d'aspect inhabituel, ayant entraîné une édentation importante et persistant dans les zones édentées, évoluant depuis au moins 8 ans, presque sans signes généraux, sans autre manifestation clinique.

Ces signes suffisaient pour éliminer :

- une hypertrophie gingivale génotypique
  dont l'aspect n'est pas le même : gencives roses, fermes, sans cul-de-sac, pas d'alvéolyse, antécédents familiaux.

- une gingivite de la diphényl-hydantoïne,
  dans laquelle il n'y a pas d'alvéolyse, les bourrelets pouvant former de "faux culs de sac". Notre malade n'avait pas d'antécédents comitiaux et n'avait jamais pris de médicament à base d'hydantoïne.
- une leucose aiguë
  dont l'évolution est rapide.
- une acrodynie infantile, une kératodermie palmoplantaire, une sclérose tubéreuse de Bourneville,
  ne pouvaient être évoquées en l'absence de signes cutanés.
- Enfin, le diagnostic d'hypertrophie gingivale inflammatoire chronique, n'était pas satisfaisant puisque le malade n'avait aucun foyer infectieux dentaire et que l'affection persistait au niveau des zones édentées, et ceci en dépit d'un premier examen histologique qui aurait montré "un aspect inflammatoire avec plasmocytes+++"

Nous envisageâmes donc la possibilité

- d'une amylose systématisée type Lubarsch-Pick,
  malgré l'absence de macroglossie.
- d'une réticulose histiocytaire, granulome éosinophile, ou maladie de Hand-Schuller Christian.

Examens complémentaires

Glycémie : 0,90 g/litre

Urée sanguine : 0,38 g/litre

Réactions sérologiques de la syphilis : négatives.

Test de Nelson : 4 %

Recherche de bacilles de Hansen : négative dans le mucus nasal

Hémogramme : G. rouges 4.860.000

G. blancs

Granulocytes neutrophiles	73
Granulocytes éosinophiles	2
Lymphocytes	22
Monocytes	3

Myélogramme :

Hémohistioblastes	1
Hémocytoblastes	0,5
Promyélocytes	1
Myélocytes neutro.	4,5
Myélocytes éosino.	2,5
Myélocytes baso.	0,5
Métamyélocytes	16,5
Granulocytes neut.	34
Granulocytes éosi.	2
Lymphocytes	16,5
Erythroblastes baso:	9
" éosino:	8
Plasmocytes	1

Protides sériques

74 g/litre Albumine 46 g Globulines 28 g

Rapport A/G = 1,64

Electrophorèse : Globulines α 1 : 1 (normal 1 à 2)

Globulines α 2 : 5 (normal 6)

Globulines β : 8 (normal 8)

Globulines γ : 14 (normal 10 à 12)

Recherche d'albuminurie de Bence Jones : négative

Lipides totaux : 3,50 g/litre

Calcium : 99 mg/litre

Phosphore : 35 mg/litre

Débit d'hématies/minute :

500 cm3 d'urines émis en 3 heures,

830 hématies/minute environ.

P.S.P. : 40 % d'élimination après 70 minutes.

Van Slyke : Débit urinaire 2,6 cc/minute

Urée sanguine 0,30 g o/oo

Clearance maxima : 43 ml (N 75 ml)

Vitesse de sédimentation : 1 h 15 m

2 h 35 m

24 h 85 m

Epreuve du rouge Congo :

10 % de colorant retiré de la circulation après 30'

17 % de colorant retiré de la circulation après 60'

(Normale 40 % colorant retiré de la circulation après 60')

En fait, le diagnostic devait être fait sur la biopsie

gingivale, dont voici le compte-rendu :

"Infiltrat plasmocytaire dense, en bande continue, occupant le chorion moyen. La limite supérieure de cette bande est floue, la densité cellulaire s'atténuant progressivement jusqu'à la basale de la muqueuse ; en profondeur, l'infiltrat se prolonge par de petites coulées ou des éléments isolés qu'on retrouve jusqu'aux limites du prélèvement. Les plasmocytes constituent à l'état pur cet infiltrat ; il n'y a ni lymphocytes, ni histiocytes, ni leucocytes et en particulier aucun éosinocyte ; on est frappé par les irrégularités de la taille des plasmocytes et par la disposition souvent très irrégulière de leur chromatine ; on ne voit pas de mitose. En surface, l'épithélium gingival est normal. La recherche de la substance amyloïde (violet de Paris) est négative. Conclusion : plasmocytome."

Entre temps, nous avions fait des clichés radiographiques des maxillaires, qui montraient une polyalvéolyse diffuse, l'élargissement de certains espaces alvéolo-dentaires, et même une perte de substance demi-circulaire à bords nets centrée sur l'alvéole déshabité de g7 ; par ailleurs, l'absence de toute carie au niveau des dents restantes et la présence d'un fragment d'apex résiduel dans la région prémolaire inférieure gauche.

Et, pensant à une amylose, nous avions fait procéder à une biopsie de la muqueuse rectale, qui cliniquement paraissait normale. En effet, les Israéliens, chez qui la maladie est relativement fréquente, utilisent cette méthode pour déceler une amylose latente. Or, la recherche de la substance amyloïde fut

négative. Mais, il y avait dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse de très nombreux plasmocytes, identiques par leurs aspects dystrophiques à ceux de la gencive.

D'autres examens furent alors pratiqués, à la recherche d'autres localisations :

- Un bilan radiologique complet du squelette ne montra pas d'autre d'atteinte osseuse.
- Une urographie intra-veineuse montra une bonne secrétion du produit opaque, une image normale des deux côtés, ainsi que de l'uretère gauche, mais l'extrémité inférieure de l'uretère droit semblait un peu refoulée en dedans.
- Un transit du grêle et un lavement baryté dont voici le compte rendu :

"Transit normal dans son horaire avec opacification de la dernière anse à la 5ème heure, qui présente des amas de follicules de taille plus ou moins grande, avec aspect oedémateux de la valvule. De plus, la dernière anse paraît fixée au bas-fond coecal." "Malgré l'injection de calcium, atropine, et l'hyperpression, il n'a pas été possible de mieux injecter l'iléon terminal. On note toujours une hypertrophie des lèvres de la valvule et l'hypertonie coecale à ce niveau".

Conclusion :

Ainsi, nous avions mis en évidence, chez un malade qui semblait présenter un plasmocytome extra-médullaire gingival isolé, l'existence d'une localisation rectale. Les données de l'examen radiologique nous permettaient de suspecter une autre localisation au

niveau de la dernière anse iléale et de la valvule de Bauhin. Cependant, chez ce malade qui ne présentait aucun trouble fonctionnel, nous ne nous crûmes pas autorisés à faire une laparotomie et une résection iléale pour vérifier notre diagnostic.

Nous nous bornâmes donc à pratiquer une résection gingivale en quatre temps, demi-arcade par demi-arcade, avec édentation totale de l'arcade supérieure et subtotale de l'arcade inférieure (Docteur CREPY).

L'intervention fut assez délicate en raison d'un saignement abondant. Les suites opératoires furent simples, avec seulement un peu de fièvre, et le malade fut appareillé.

Malheureusement, quelques mois après l'intervention, le malade fut perdu de vue et ne répondit plus aux convocations. Nous pûmes simplement savoir par le médecin de son entreprise qu'il quitta cette dernière le 13 juillet 1961 en apparente bonne santé.

- o -

HISTORIQUE

C'est pendant la première moitié du XIXème siècle que furent rapportés les premiers cas de tumeurs multiples des os. DALRYMPLE en 1846 fit une première étude microscopique du tissu humoral. BENCE-JONES, en 1948, découvrit dans l'urine des malades une substance protéique particulière, thermo-acéto-soluble. En 1850, Mac INTYRE fit la synthèse des travaux précédents et présenta un cas sous le nom de "mollities ossium".

En 1873, RUSTITSKY donnait la première définition histologique du myélome multiple ; il semble avoir été le premier à reconnaître qu'il s'agissait d'une affection de la moelle osseuse.

En 1889, KAHLER faisait la première description clinique, et insistait particulièrement sur l'anémie.

WRIGHT, en 1900, identifiait la cellule myélomateuse au plasmocyte. La maladie était connue alors sous le nom de myélome multiple ou maladie de KAHLER, et la multiplicité des foyers osseux était considérée comme un signe essentiel.

Cependant, bientôt furent décrit des cas atypiques, avec un seul foyer osseux : GESCHICKTER et COPELAND, en 1928, dans une revue des cas de myélome de la littérature, groupaient 5 cas de myélome solitaire des os. En 1936, CUTLER et collaborateurs écrivaient même que le myélome apparaît comme une lésion solitaire et qu'il essaime par métastases,

comme toutes les tumeurs malignes, opinion encore défendue par WILLIS en 1941. Mais la plupart des auteurs modernes, comme déjà EWING en 1928, ANDERSON en 1948, CHRISTOPHERSON et MILLER en 1950, considèrent le myélome comme une affection de système à début plurifocal.

Mais, depuis 1905, le problème était devenu plus complexe après la publication par SCHRIDDE du premier cas de plasmocytome extra-médullaire (un plasmocytome du cavum chez un homme de 40 ans). En effet, la tumeur qui avait les mêmes caractères histologiques que le myélome des os apparaissait non plus dans la moelle osseuse mais dans les tissus mous du rhino-pharynx.

D'autres observations de plasmocytomes extra-médullaires des voies aériennes supérieures furent publiées par BOIT (1907), Von WERDT (1911), VOGT (1912), etc... et OPPIKOFER put, en 1916, en faire une première revue de 8 cas auxquels il ajoutait 2 cas personnels.

Les cas publiés se multiplièrent : alors que 13 cas seulement étaient rapportés entre 1905 et 1928, la littérature de 1928 à 1951 en mentionne 132. Cette augmentation ne correspond pas à une fréquence plus grande, mais à une meilleure connaissance de la maladie et à l'amélioration des techniques. On peut estimer qu'à l'heure actuelle le rythme des publications dans la littérature médicale mondiale est près de un cas par mois.

En 1943, HELLWIG publiait une étude sur 127 cas de la littérature de 1905 à 1942, et ajouta un cas personnel.

En 1949, STOUT et KENNEY rassemblaient 95 cas de la littérature de 1905 à 1937, auxquels ils ajoutèrent 9 cas personnels, arrivant à un total de 104 cas.

En 1950, EWING et FOOTE groupèrent avec les précédents 44 cas

trouvés dans la littérature de 1945 à 1950, et 18 cas personnels, soit un total de 166.

En 1954, SCHWARTZ ajouta d'autres cas publiés depuis et sélectionna dans cet ensemble 91 cas auxquels il rattacha deux cas personnels.

Il apparut très vite que la plupart des tumeurs extra-médullaires siégeaient au niveau des voies aéro-digestives supérieures. Cependant, d'autres localisations furent décrites : Parmi les 128 cas, HELLWIG mentionnait 13 tumeurs de la plèvre, du médiastin, du déférent, de la thyroïde, de l'ovaire, de l'intestin, des reins et de la peau. D'autres cas furent ensuite publiés au niveau du poumon, de l'estomac, du testicule, etc...

Le tableau suivant, que nous empruntons à l'étude de BARBONI et PISI (1954), donne une idée de la fréquence relative des différentes localisations :

Appareil respiratoire	Voies aériennes supérieures	56 cas
	Poumons	7 cas
Appareil digestif	Cavité oro-pharyngée	12 cas
	Estomac	8 cas
	Intestin	10 cas
Thyroïde		2 cas
Appareil uro-génital		3 cas
Ganglions lymphatiques		5 cas
Peau		1 cas
Muscles		1 cas
Sein		2 cas

Conjonctive	6 cas
Hypothalamus	1 cas
Total :	114 cas

Nous nous proposons l'étude particulière des localisations que peut découvrir le stomatologiste dans sa pratique courante.

Nous n'insisterons guère sur les tumeurs de l'amygdale et de l'oro-pharynx, et nous serons bref sur celles du maxillaire supérieur, dont l'origine est souvent sinusienne. Ces localisations ont été étudiées dans les thèses de JACQUES (Paris, 1957) et de MORDRET (Paris, 1958).

La première observation publiée de plasmocytome buccal est celle de Von WERDT (1911) concernant un plasmocytome de la luette. Il faut ensuite attendre jusqu'en 1931 la publication par NEMOURS, PERROT et CROCQUEFER d'un cas de plasmocytome du maxillaire supérieur chez un homme de 45 ans.

Un autre cas du palais dur est publié la même année par NEW et CHILDREY.

L'année suivante, STEWART et TAYLOR rapportent un cas du plancher de la bouche.

En 1933, SCARCELLA PERINO apporte 3 observations de plasmocytome gingival (dont 2 semblent être des granulomes inflammatoires plasmocytaires).

MILIAN publie en 1939 le premier cas d'atteinte de la langue. Le cas personnel de HELLWIG (1943) est un plasmocytome du plancher de la bouche.

A partir de 1944, presque chaque année, un ou plusieurs cas de

plasmocytome buccal sont publiés dans la littérature mondiale. Nous avons réuni en un tableau récapitulatif les observations que nous avons pu retrouver, concernant directement notre spécialité ; dans ce tableau, ne figurent pas les localisations primitives du pharynx, des amygdales, de la face postérieure du voile du palais, des fosses nasales et des sinus maxillaires.

- o -

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE

Rien n'est plus variable que l'aspect macroscopique d'un plasmocytome extra-médullaire des voies aéro-digestives supérieures.

L'aspect le plus fréquemment rencontré est celui d'une masse arrondie unique à large base d'implantation, de la dimension d'un pois à une noix, de surface lisse ou bosselée, recouverte d'une muqueuse de coloration rose, rougeâtre, ou rouge violacé, non ulcérée, de consistance mollasse, saignant abondamment lorsqu'on la coupe, la surface de section étant d'aspect homogène, rouge brunâtre, parfois lobulé.

Mais, la plupart de ces caractères peuvent faire défaut :

- Il peut y avoir plusieurs masses.
- La tumeur peut être pédiculée.
- Elle peut être très petite, comme un grain de riz, ou extrêmement volumineuse.
- La couleur peut se rapprocher du gris ou du jaune.
- La tumeur peut être ulcérée, parfois même l'ulcération passe au premier plan.
- Elle peut être ferme, rarement dure.
- On peut observer des zones de nécrose au centre des tumeurs volumineuses.
- Enfin, l'aspect peut être celui d'un épaississement diffus de la muqueuse, entraînant une augmentation de volume de

N°	DATE	AUTEURS	SEXE	AGE	SIEGE	ADENO PAHT.	DISSEMINATION	TRAITEMENT	EVOLUTION	RESULTATS
1	1911	Von WERDT	M	69	Luette	0	0	Chirurgie		Bien portant 14 ans après
2	1931	NEMOURS, PERROT ET CROQUEFER	M	45	Maxillaire supérieur	0	0	Chir. + Radio thérapie		Bien portant 18 mois après
3	1931	NEW et CHILDREY	M	45	Palais	+	0	Chir. + Radio + Radium		Bien portant 6 mois après
4	1931	JACKSON, PARKER et BETHEA	F	67	Ganglion cervical		0	Chirurgie		Bien portante 3 ans après
5	1932	STEWART et TAYLOR	M	62	Plancher bouche	0	0	Chirurgie		Bien portant 3 ans après
6	1933	SCARCELLA PERINO	F	19	Gencive	0	0	Chirurgie		
7	1936	ARAGONA	F	6	Peau du cou	0	0	Chirurgie		Bien portante 5 ans après
8	1939	MILIAN	M	58	Langue + joue	+	Apparit. de gangl. sous-claviculaires	Radiothérapie	Apparit. surinfec. type érysipèle	Mort 14 mois après le ler signe
9	1943	HELLWIG	?	?	Plancher bouche	0	0	Radium		Bien portant 3 ans 1/2 après

.../...										
10	1944	STANCIL et TOMLINSON	M	26	Luette, voile, piliers et amygdales	0	0	Radiothérapie		
11	1945	FIGI, BRODERS et HAVENS	M	55	Maxillaire supérieur	0	0	Electrocoagulation + Radium		Bien portant 4 mois après
12	1945	FIGI, BRODERS et HAVENS	M	64	Maxillaire supérieur	0	Atteinte d'une côte	Electrocoagulation + Radium		Mort
13	1947	SAMETNIK			Palais					
14	1947	COSTEN	M	60	Langue + amygdale	+	Os iliaques	Chir.+ Radium + exérèse lésions à distance		Bien portant 5 ans après
15	1947	SESSA	M	64	Face interne joue	+	0	Chirugie	Récidive ganglionnaire	Vivant 1 an après
16	1948	LUMB et PROSSOR	M	20	Langue+Palais +voile+larynx	0	0	Téléradium + radiothérapie		Bien portant 8ans après le ler signe,3 mois après le trait.
17	1948	SPITZER et PRICE	M	39	Maxillaire supérieur	+	0	Curettage + radiothérapie		
18	1949	BRANZI	F	60	Gencive	0	Fémur droit	Radium		Vivante 16 ans après le ler signe,12 ans ap traitement.

.../...										
19	1949	BRANZI	M	52	Gencive	0	0	Chirurgie		Bien portant 3 mois après
20	1950	SARASIN	F	53	Face interne joue	+	Os	Radiothérapie	Dissémination osseuse	Vivant 3 ans après
21	1950	CHRISTOFERSON et MILLER			Maxillaire inférieur					
22	1950	TODARO			Palais					
23	1952	EWING et FOOTE	M	76	Voile	0	0	Chir.+ Radio-thérapie		Vivant 2 ans 1/2 après ler signe
24	1952	EWING et FOOTE	M	65	Langue	0	Os	Electrocoagu-lation	Dissémination osseuse	Mort 4 ans après le ler signe
25	1952	KANE, MILES et EROS	M	66	Lèvre	0	0	Chirurgie		Bien portant 4 ans après
26	1952	CLOPTON	M	31	Langue + épi-glotte	0	0			
27	1952	LANE			Maxillaire inférieur			Résection		
28	1954	WARIN	F	45	Lèvres+langue +palais+piliers + épiglotte+ larynx			Radiothérapie		
29	1954	DAVIS et HAVENS	F	56	Maxilaire inférieur	0	0	Curettage + Radium		
30	1954	MANCUSI et MATERI			Maxillaire inférieur					

.../... 31	1955	DESTO			Palais					
32	1955	HOLLAND	F	73	Maxillaire supérieur	0	0	Radiothérapie		Bien portante 1 an après
33	1956	HINDS, PLEASANT et BELL	F	18	Maxilaire inférieur	0	0	Radiothérapie + résection		Bien portante 2 ans et 8 mois après le ler signe, 18 mois ap. intervention
34	1956	DOLIN et DEWAR			Palais					
35	1956	HUET, WICART VILLEDROUIN, et LOISILLIER	M	51	Ganglion(?) sous-maxillaire		0	Chirurgie		Bien portant 8 ans après le ler signe, 2 ans après intervention
36	1958	ENGLERT et PASQUAL	M	23	Maxillaire supérieur	+	0	Chirurgie		
37	1960	WHITLOCK et HUGHES	M	67	Maxillaire inférieur	0	0	Curettage	Fracture pathologique	Bien portant 21 ans après le ler signe, 5 ans ap. intervention
38	1961	CALHOUN	M	64	Maxillaire inférieur	0	0	Enucléation		Bien portant 4 ans 1/2 après intervention
39	1961	CAMERA, PASQUALINI et PROVVISIONATO	M	38	Gencive	0	0	Curettage, + Radiothérapie		
40	1962	MERKLEN, DUCOURTIOUX et MORIN	F	24	Gencive + face interne joue + peau joue					

l'organe atteint, dont la surface peut être lisse, bourgeonnante ou nodulaire.

Les ganglions satellites lorsqu'ils existent sont décrits comme blancs grisâtres, fermes, n'adhérant pas les uns aux autres, de surface souvent légèrement bosselée, de la taille d'un pois à une noix ou parfois plus. La surface de section est divisée en champs par des septa fibreux. On y trouve parfois des zones de nécrose.

Le plasmocytome osseux se présente comme des masses friables brunâtres très hémorragiques, de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre, bien limitées, contenues dans une cavité souvent cloisonnée par de minces lamelles osseuses. Il est souvent à l'intervention pris pour un améloblastome ou une tumeur à myéloplaxes.

Avant de décrire l'aspect microscopique des tumeurs, nous ferons une brève étude cytologique de la cellule qui les constitue, le plasmocyte.

HISTORIQUE

Dans un travail sur les cellules du tissu conjonctif publié en 1875, WALDEYER parlait pour la première fois de plasmocytes, à propos de cellules d'ailleurs différentes de celles que RAMON Y CAJAL décrivit en 1890 sous le nom de cellules cyanophiles, les ayant rencontrées dans un condylome syphilitique.

UNNA, qui les avait retrouvées dans des lésions lupiques, utilisant sa méthode de coloration par le bleu polychrome, décrivit en 1891 leur cytoplasme abondant, granuleux, intensément mais non uniformément basophile, et leur donna le nom de plasmocytes (Plasmazellen).

MARSCHALKO précisa en 1895 les caractères du noyau, et fonda

l'identification de ces cellules sur 4 caractères essentiels :

1) Cytoplasme abondant, de forme ronde, ovale ou polygonale, sans granulation spécifique.
2) Position excentrique du noyau.
3) Vacuole paranucléaire peu colorée.
4) Noyau petit, avec de 5 à 8 blocs de chromatine foncée, disposés régulièrement en cercle contre la membrane nucléaire.

En 1901, PAPPENHEIM, pour caractériser l'aspect du noyau et de sa chromatine disposée radiairemenet, créa l'expression "noyau en roue de char" qui a depuis connu un grand succès. Il décrivit une nouvelle réaction, au vert de méthyle-pyronine, caractéristique des plasmocytes, dont le cytoplasme se colore en rouge, et le noyau en bleu-vert (les pièces doivent être fixées par l'alcool et non par le formol qui peut interférer avec la coloration).

Cependant, SCHMORL a fait observer que le cytoplasme de toutes les cellules jeunes se colore plus ou moins en rouge avec la pyronine par exemple les cellules de Langhans, les cellules endothéliales proliférantes, les cellules syncytiales du placenta et les grandes cellules des nodules rhumatismaux.

Les plasmocytes firent ensuite l'objet de nombreux travaux, concernant d'abord la morphologie, puis l'origine et la signification fonctionnelle de ces éléments. L'énumération complète en serait fastidieuse ; nous citerons simplement ceux de SCHRIDDE (1905), VERATTI (1905), MARTINOTTI (1909), DOWNEY (1911), BARBACCI (1916), KROMPECHER (1918), NAEGELI (1923) et FERRATA (1933).

MORPHOLOGIE

"Les plasmocytes sont des éléments assez polymorphes. On a en effet été amené à distinguer le plasmocyte décrit initialement par UNNA, élément très basophile avec un espace juxta-nucléaire très clair, non basophile, et le plasmocyte décrit un peu plus tard par MARSCHALKO avec un noyau caractéristique. Ces deux types toutefois possèdent des caractères communs essentiels" (POLICARD et COLLET).

Ce sont des cellules arrondies ou ovalaires sur un étalement, parfois polyédriques à angles arrondis sur une coupe, mais jamais de forme irrégulière, d'une taille de 8 à 15 microns.

Le noyau est petit, sphérique, presque toujours excentrique, situé à la périphérie de la cellule, avec de 5 à 8 gros blocs de chromatine foncée, disposés régulièrement contre la membrane nucléaire, en rayons de roue de char, et un petit nucléole ou parfois deux (APITZ). Les cellules binucléées ne sont pas exceptionnelles.

Le cytoplasme, abondant, renferme des masses intensément basophiles, séparées par des zones peu colorables. On note à proximité du noyau un espace clair en forme de croissant, l'arcoplasme, avec une centrosphère et un petit appareil de Golgi. La microscopie électronique a précisé la structure fine du cytoplasme : sacs ergastoplasmiques disposés concentriquement, presque toujours aplatis, nombreuses granulations de ribonucléine entre les sacs, mitochondries typiques relativement peu nombreuses (POLICARD et COLLET).

Si, pour quelques-uns, comme VERATTI, les plasmocytes n'apparaissent que dans des conditions pathologiques, pour la majorité des auteurs (MARTINOTTI, DALLA VOLTA, FERRATA, POLICARD et COLLET,...) ce sont des éléments cellulaires normaux du tissu conjonctif, où on les

trouve généralement par petites colonies autour des petits vaisseaux, et des organes hématopoïétiques. On les rencontre donc dans la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques, les amygdales, l'estomac, l'intestin (DOMINICI), le thymus, les glandes lacrymales, la conjonctive (FERRATA), le foie (PORCILE), la rate, la glande sous-maxillaire (CAJAL, FOÀ).

Au niveau de la cavité buccale, les plasmocytes se trouvent normalement dans le périodonte et l'organe pulpaire, spécialement chez les jeunes. Le siège le plus fréquent correspond aux interstices de la pulpe dentaire à proximité de la couche de Weil (BRANZI).

La présence de plasmocytes, comme d'ailleurs d'autres cellules de la série inflammatoire, dans les couches sous-épithéliales de la muqueuse buccale peut être expliquée comme un "état réactionnel". En effet, au niveau de la peau et des muqueuses, la surface du corps est en contact direct avec le milieu extérieur et les germes qu'il renferme. Par son revêtement de kératine et de graisse, la peau se défend. Il n'en est pas de même des muqueuses. Sur celles-ci, des germes sont presque toujours présents : ce microbisme latent conduit à une sorte d'état inflammatoire chronique à minima de ces muqueuses, le plus souvent considéré comme normal et faisant partie de leur description histologique (POLICARD et COLLET).

ORIGINE

Trois théories se partagent la faveur des auteurs concernant l'origine des plasmocytes :

1) Théorie hématogène

de MARSCHALKO, soutenue par CAJAL, MAXIMOV, CARLETTI, SCHOTTLÄN-

DER, ENDERLEN et JUSTI, NISSL, KROMPECHER, DUBREUIL et BAUDRIMONT ; selon laquelle les plasmocytes dériveraient des lymphocytes émigrés du sang, qui se transformeraient sur place et dégénèreraient sans laisser de descendance.

2) Théorie dualiste

de JOANNOVICZ et ALMKNIST, défendue par MARTINOTTI, ALAGNA. Ces auteurs admettent la possibilité des deux origines hématogène et histogène, selon le cas particulier. En fait, la distinction entre plasmocyte hématogène et histogène est bien trop subtile pour avoir une valeur pratique.

3) Théorie histogène

de UNNA, soutenue par BOSELLINI, PAPPENHEIM, EHRLICH, HEBERT, BORST, FERRATA, DI GUGLIELMO, MARCHAND, VERRATI, etc... C'est aujourd'hui la plus communément admise. Les plasmocytes dériveraient des éléments cellulaires mésenchymateux ; cependant, l'opinion des auteurs diffère quant à l'identité de la cellule souche :

- histiocyte pour UNNA,
- cellules adventicielles (clasmatocytes de RANVIER) pour MARCHAND et PAPPENHEIM,
- hémohistioblastes, pour FERRATA,
- cellules réticulaires, pour KLIMA,
- différenciation anormale du myéloblaste, pour APITZ.

Selon MÖSCHLING, les plasmocytes dériveraient des cellules du système réticulo-endothélial des ganglions lymphatiques, passant par un stade intermédiaire de plasmoblaste.

En fait, tous les éléments énumérés appartiennent au système réticulo-endothélial. On admet généralement aujourd'hui que les plasmocytes

dérivent, dans les conditions normales, des cellules réticulo-histiocytaires et, dans une proportion moindre (0,3 à 0,5 % selon les auteurs) des hémohistioblastes. A l'appui de cette théorie, citons les cas de coexistence dans une même tumeur d'éléments intermédiaires entre cellules histiocytaires et plasmocytes à différents stades de maturation, et les cas de myélome multiple à hémohistioblastes (MARCHAL et MALLET).

Selon BESSIS et SCEBAT, on peut distinguer deux types de maturation plasmocytaire. On observe le premier type, considéré comme normal, dans les cas où la stimulation plasmocytogénique est normale, et le deuxième type, considéré comme accéléré et pathologique, dans les cas où cette stimulation est intense.

Dans la maturation normale, à l'élément souche fait suite le stade de plasmoblaste. C'est un élément de type histiocytaire, à cytoplasme basophile. Le noyau, dont le grand axe est perpendiculaire à celui de la cellule, présente une chromatine réticulaire.

Le stade suivant est celui de proplasmocyte : élément plus grand que le plasmocyte, dont le cytoplasme hyperbasophile tend à prendre une forme globuleuse, et le noyau une position excentrique et une structure radiaire. Il correspond à l'ancienne cellule de Türk.

Dans la maturation pathologique, accélérée, la phase de plasmoblaste est sautée, et les cellules réticulo-histiocytaires présentent déjà l'hyperbasophilie caractéristique des plasmocytes (paraplasmoblastes).

Selon DI GUGLIELMO, dans les cas de maturation accélérée et tumultueuse, on peut observer l'apparition d'une cellule qui a la valeur d'un plasmocyte sénescent, représentant en quelque sorte un stade postmature : le métaplasmocyte ou lymphoplasmocyte : élément plus petit que

le plasmocyte, de la taille d'un lymphocyte, à noyau très foncé, très condensé, à cytoplasme basophile très réduit. De tels éléments sont difficiles à différencier des lymphocytes.

Quand la stimulation plasmocytogénique est très forte, on peut observer diverses atypies et monstruosités dont nous parlerons plus loin.

Presque tous les auteurs considèrent que les plasmocytes dégénèrent sur place sans laisser de descendance. Cependant, la plupart s'accordent à leur reconnaître la possibilité de se diviser par amitose (CAJAL, DUBREUIL et BAUDRIMONT). La division du noyau peut ne pas être suivie de division du cytoplasme et aboutir à la formation d'une cellule à deux ou plusieurs noyaux. Toutefois, la constatation de mitoses typiques dans un plasmocytome n'est pas rare.

SIGNIFICATION FONCTIONNELLE

Dès l'origine, on avait constaté la plus grande fréquence des plasmocytes aux endroits où le tissu conjonctif présentait des modifications dégénératives. On leur avait même prêté un rôle de "défense" de l'organisme contre les phénomènes de destruction conjonctive. Peu à peu, on en vint à penser que les plasmocytes pouvaient participer à la synthèse des protéines, et en particulier des globulines (HENNING, MAGNUS LEWY, DIRR, GSELL, POLI, etc...). Quand la nature globulininique des anticorps fut prouvée, on en déduisit qu'ils devaient être élaborés par les éléments plasmocytaires. Des observations zoologiques appuient cette théorie : les poissions élasmobranches ont des plasmocytes dans leur rate et des globulines dans leur sérum, les téléostéens ont très peu de plasmocytes spléniques et pas de globulines dans le sérum (POLICARD et COLLET). Le myélome multiple s'accompagne le plus souvent d'un

accroissement considérable des globulines sériques et dans 60 % des cas de la paraprotéinurie de Bence Jones.

Des expériences récentes utilisant les radio-isotopes ont montré la présence de gluco-protéines dans les produits élaborés par les plasmocytes.

Citons enfin le problème de l'amylose, fréquente au cours du myélome multiple, et du rôle que pourraient jouer les plasmocytes dans la formation de la substance amyloïde.

Si le rôle élaborateur des plasmocytes paraît certain, le mécanisme d'excrétion est fort obscur. En effet, certains histiocytes élaborent des protéines : le produit élaboré gonfle leurs sacs ergastoplasmiques ; il est excrété par ouverture des sacs dans le milieu intercellulaire, ou par libération des sacs dans ce même milieu, véritable dislocation partielle de la cellule (clasmatose). Or, dans les plasmocytes, les sacs ergastoplasmiques ne sont pas gonflés, mais aplatis et serrés concentriquement. On n'observe pas d'image de clasmatose ou d'ouverture des sacs.

Mais, dans des conditions pathologiques, on peut observer des granulations cytoplasmiques (plasmocytes à granulations oxyphiles de DUBREUIL et BAUDRIMONT) qui peuvent se rassembler en une ou plusieurs boules ou sphérules qui distendent la cellule, celle-ci pouvant devenir parfois grosse comme une cellule adipeuse ; ces sphérules sont connues sous le nom de corps de Russel.

Parfois, la substance oxyphile prend une forme cristalline, en fers de lance, en prismes basaltiques, ou apparaît sous un aspect grossièrement granuleux, au lieu de l'aspect colloïde homogène qui est la règle (DUBREUIL et BAUDRIMONT).

LES GRANULOMES PLASMOCYTAIRES

Les conditions pathologiques dans lesquelles on rencontre de nombreux plasmocytes sont très diverses. Ce sont :

- les inflammations spécifiques : la syphilis, la lèpre, l'actinomycose, la sporotrichose, le trachome, le rhinosclérome, etc...
- les inflammations chroniques non spécifiques, les suppurations traînantes.

Citons, dans le domaine de notre spécialité, la présence de plasmocytes dans les granulomes radiculaires, la paroi des kystes paradentaires, certaines épulis, les gingivites hypertrophiques, les inflammations pulpaires, les ostéites, etc...

Dans toutes ces productions pathologiques, spécifiques ou non, la cellule plasmocytaire représente seulement un élément cellulaire plus ou moins constant, plus ou moins abondant du tissu inflammatoire, qui - s'il peut avoir une certaine importance diagnostique envisagé conjointement avec les autres éléments du granulome - n'a aucune valeur pour la définition de l'altération en cause. Dans toutes ces lésions, la plasmocyte constitue toujours un élément secondaire et on doit leur réserver le nom de granulome plasmocytaire (BRANZI).

LES TUMEURS A PLASMOCYTES

Le nom de plasmocytome doit être réservé aux productions pathologiques constituées exclusivement ou presque exclusivement de plasmocytes plus ou moins matures, et qui tendent à prendre un aspect tumbral.

Dans la majorité des cas, il s'agit de tumeurs multiples de la moelle osseuse. Cependant, on peut rencontrer tous les intermédiaires

entre deux aspects extrêmes : d'une part, la tumeur solitaire de la muqueuse des voies aéro-digestives supérieures, et de l'autre l'atteinte diffuse de la moelle osseuse, accompagnée ou non du passage des plasmocytes dans le sang périphérique. Dans tous les cas, l'image histologique est sensiblement analogue, à tel point que si l'on donnait une tumeur, apparue au niveau de la muqueuse des voies aériennes supérieures, à la phase terminale d'un myélome multiple, à un histologiste non averti du contexte clinique, il ne pourrait pas la différencier d'une tumeur extra-médullaire solitaire.

La tumeur offre les caractères suivants (ESPOSITO et PETRONIO) :

a) Altération profonde de la structure normale du tissu, qui est méconnaissable en raison d'une prolifération plasmocytaire tumultueuse, à net caractère invasif.

b) Les vaisseaux englobés dans le tissu néoplasique apparaissent vides et ne contiennent pas d'éléments cellulaires de type inflammatoire.

c) Absence d'oedème, de nécrose et de dégénérescence du stroma, qui apparaît constitué de minces faisceaux fibreux, desquels irradie un fin réticulum, mis en évidence par des colorations spéciales. Dans les espaces circonscrits par le réticulum, présence d'une population cellulaire dense, constituée dans sa plus grande part de plasmocytes, et pour une faible part d'autres éléments (lymphocytes, histiocytes, etc...).

En cas de tumeur extra-médullaire des voies aéro-digestives supérieures, l'épithélium de recouvrement est en général indemne.

Il convient cependant d'apporter quelques nuances à ce tableau un peu schématique. On peut trouver quelques modifications au niveau de

l'épithélium : hyperacanthose, hypertrophie des prolongements interpapillaires. Les plasmocytes peuvent prendre une disposition périvasculaire prédominante. On trouve parfois des cellules tumorales dans les vaisseaux. Ulcération et infection surajoutée sont possibles ; nous avons vu la possibilité de nécrose centrale dans une tumeur volumineuse.

Au fort grossissement, on reconnaît les plasmocytes à leur forme arrondie, ovalaire ou polygonale, leur cytoplasme avec l'arcoplasme juxtanucléaire, leur noyau petit, rond, excentrique, situé à l'un des pôles de la cellule, à structure caractéristique "en roue de char".

La plupart des auteurs décrivent la coloration du cytoplasme en rouge et du noyau en bleu-vert par la méthode de PAPPENHEIM au vert de méthyle-pyronine. C'est à ce propos qu'apparaissent les premières discordances : certains auteurs (GESCHIKTER et COPELAND, MORISON, LUMB et PROSSOR, SCHWARTZ) n'ont pas obtenu la coloration typique des cellules tumorales par cette méthode. "Bien que le type cellulaire le plus fréquent dans ces tumeurs ait toutes les caractéristiques morphologiques des plasmocytes, il ne réagit pas toujours de la même façon que la variété cellulaire inflammatoire à la coloration au vert de méthyle-pyronine" (LUMB et PROSSOR).

Si certaines tumeurs sont composées de plasmocytes typiques, la plupart contiennent des cellules atypiques en nombre plus ou moins élevé. On a cherché à établir un rapport entre l'unicité et la multiplicité des tumeurs, leur caractère bénin ou malin et la fréquence des mitoses et le degré d'atypie. Cependant, si ce rapport existe dans un nombre non négligeable de cas, il se trouve souvent en défaut. Citons quelques chiffres de HELLWIG, qui a tenté de définir les caractères histologiques des tumeurs qu'il classait selon leur évolution :

Sur 29 "tumeurs solitaires non cancéreuses", 5 avaient été considérées comme hautement malignes à l'examen histologique.

Sur 10 "tumeurs cancéreuses sans métastases", 4 étaient composées en majeure partie de plasmocytes typiques.

Sur 9 "tumeurs cancéreuses avec métastases ganglionnaires", 4 étaient également composées de plasmocytes typiques.

Sur les 9 "tumeurs cancéreuses avec métastases osseuses", 7 présentaient des cellules à noyau "en roue de char", 6 des cellules à noyau excentrique, 4 une réaction de PAPPENHEIM positive.

Ayant ainsi apporté quelques arguments en faveur de l'impossibilité de porter un pronostic sur l'aspect histologique, nous décrirons maintenant quelques atypies que l'on peut rencontrer :

- les corps de Russel : SCHWARTZ n'en trouve pas dans les plasmocytomes solitaires. HELLWIG en trouve quelques cas, intra-cellulaires ou même libres dans le stroma dans son groupe de "tumeurs cancéreuses avec métastases". ESPOSITO et PETRONIO en trouvent dans le cytoplasme et exceptionnellement dans le noyau.

- les mitoses : pour SCHWARTZ, il y a peu de mitoses dans le plasmocytome solitaire ; elles sont fréquentes dans le myélome multiple. Par contre, sur les 26 tumeurs non cancéreuses de HELLWIG, 3 présentaient un grand nombre de figures mitotiques. L'auteur convient cependant que les mitoses sont plus fréquentes dans les "tumeurs cancéreuses".

- Différences de taille des cellules et des noyaux : elle est d'observation extrêmement fréquente.

- Multiplicité des noyaux, généralement 2, mais jusqu'à 5 : également très fréquente. Dans quelques cas, on a observé des noyaux en

trèfle, dans quelques éléments et même dans toutes les cellules (cas de UNDRITZ et de DI GUGLIELMO).

- Présence de cellules à différents stades de maturation : plus la prolifération cellulaire est désordonnée, tumultueuse, plus nombreuses sont les formes immatures ou post-matures, s'étendant de la cellule réticulaire à différenciation plasmocytaire (paraplasmoblaste) jusqu'au stade sénescent de métaplasmocyte. DI GUGLIELMO a donc classé les tumeurs selon le stade cellulaire exclusif ou prédominant en :

1) plasmocytomes à cellules matures (le plus rare),
2) plasmocytomes à proplasmocytes ou à plasmoblastes (le plus fréquent),
3) plasmocytomes à paraplasmoblastes,
4) plasmocytomes dans lesquels les différents stades sont tous plus ou moins représentés.

BESSIS et SCEBAT (1946) distinguent :

1) le plasmocytome mature

caractérisé par la prédominance d'éléments plasmocytaires matures parmi lesquels se trouvent des métaplasmocytes.

2) le plasmoblastome

constitué de plasmoblastes et de plasmocytes, avec des cellules réticulaires à orientation plasmocytaire.

3) le réticulosarcome plasmocytaire

défini par la présence de plasmocytes et de cellules de type réticulo-sarcomateux.

Cette description est valable pour toutes les localisations tumorales osseuses et extra-osseuses. Nous mentionnerons cependant l'aspect histologique des ganglions envahis, décrits par HELLWIG :

"L'architecture normale des ganglions est complètement détruite. On note seulement quelques traces de tissu lymphoïde avec de petits follicules corticaux. Des amas serrés de plasmocytes ont remplacé la plus grande partie du tissu lymphoïde. On ne trouve jamais de cellules tumorales au centre germinatif des follicules lymphoïdes ; il n'y a pas de forme de transition reconnaissable entre lymphocytes et plasmocytes. Ces derniers sont spécialement nombreux autour des vaisseaux".

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Nous avons vu l'impossibilité pour l'histologiste de différencier plasmocytome solitaire et myélome multiple.

Dans certains cas, le diagnostic peut se poser avec :

- le réticulo-sarcome,
- plus rarement, en raison de la présence possible de cellules géantes type Sternberg, avec la lymphogranulomatose maligne (DINI et GRAEV).

En fait, la question qui se pose le plus fréquemment est la distinction entre plasmocytome et granulome plasmocytaire :

Dans le plasmocytome	Dans le granulome plasmocytaire
- Le tissu de l'organe atteint est méconnaissable.	- La structure normale du tissu est toujours reconnaissable.
- Il est remplacé par une prolifération intense et tumultueuse, exclusive ou presque exclusivement constituée de plasmocytes. Absence complète ou presque	- Le tissu est envahi par une prolifération de cellules inflammatoires, dont les plasmocytes ne sont pas les seuls éléments : présence de polynucléaires,

complète d'autres éléments.	d'histiocytes, de lymphocytes, etc...
- Présence de cellules à différents stades de maturation, atypies cellulaires marquées.	- Absence de formes immatures, peu d'atypies.
- Pas d'oedème, de nécrose ou de dégénérescence du stroma, constitué par de minces faisceaux fibreux d'où irradie un fin réticulum.	- Présence d'oedème, de nécrose ou de phénomènes dégénératifs au niveau du stroma.
- Vaisseaux vides, ne contenant pas de cellules de type inflammatoires.	- Les vaisseaux contiennent toujours quelques polynucléaires ou quelques lymphocytes.

Malgré tout, le problème est souvent difficile, voire insoluble, et la littérature renferme de nombreux cas d'erreur, dans un sens comme dans l'autre.

-o-

ETUDE DE QUELQUES OBSERVATIONS

Nous avons classé les observations trouvées dans la littérature d'une façon un peu arbitraire, selon la localisation de la tumeur.

Or, souvent, surtout lorsque le malade est vu à un stade avancé, plusieurs régions sont atteintes. Ainsi, serons-nous amené à mentionner plusieurs fois la même observation, notre but étant avant tout d'essayer de dégager de la confrontation des cas l'aspect clinique que peut prendre le plasmocytome au niveau des différentes régions.

-o-

PLASMOCYTOME GINGIVAL

Des 3 cas publiés par SCARCELLA PERINO, en 1933, seul le premier paraît être un plasmocytome vrai, les deux autres étant probablement des granulomes plasmocytaires :

Observation de SCARCELLA PERINO

Jeune femme de 19 ans, mère depuis deux mois d'un garçon sain. Pas d'antécédent notable. Vers le deuxième mois de la grossesse, après piqûre de la gencive par arête de poisson (?), apparition d'une tuméfaction de la gencive inférieure, indolore, augmentant très lentement de volume, atteignant le volume d'une petite noix. C'est une excroissance arrondie, à large base d'implantation, recouverte d'une muqueuse normale, siégeant sur le versant vestibulaire, de consistance élastique,

indolore à la palpation. L'exérèse amène la guérison.

Histologie : discret stroma conjonctif, avec rares vaisseaux. Infiltration plasmocytaire dense. La plupart des plasmocytes sont typiques, d'autres sont plus volumineux, de forme variée ; tous prennent la coloration de Pappenheim. Quelques cellules à deux noyaux. Pas de mitoses. Aucun autre élément, excepté dans les couches sous-épithéliales quelques lymphocytes et quelques rares granulocytes.

BRANZI a publié en 1949 trois cas, dont 2 sont des plasmocytomes et le dernier un granulome plasmocytaire :

1ère observation de BRANZI :

Femme de 60 ans, sans antécédent particulier. Quatre ans auparavant, douleurs dans la région molaire inférieure gauche et tuméfaction conduisant à l'extraction d'une molaire. Persistance de la tuméfaction. Biopsie (dont on ignore le compte-rendu). Un traitement radiothérapique est entrepris, suivi de cautérisations au nitrate d'argent. La malade, qui a perdu environ 30 kilos en 3 ans, est pâle et maigre. Elle a perdu de nombreuses dents, soit par chute spontanée (parodontopathie avancée), soit par extractions. Seules persistent les incisives supérieures, deux molaires gauches supérieures et la dent de sagesse inférieure gauche. Les trois molaires persistantes sont mobiles et légèrement douloureuses à la percussion. Toutes présentent de profonds culs-de-sac.

Sur la gencive inférieure, vaste ulcération à fond rouge, à bords tuméfiés, saignant facilement, étendue surtout à gauche et en avant sur environ 5 cm. La gencive supérieure gauche présente également une ulcération plus petite. L'ulcération inférieure repose sur une tuméfaction assez marquée à limites floues. L'examen est très douloureux. Il n'y a pas de ganglions régionaux, ni de ganglions à distance.

L'examen radiologique montre de vastes foyers de raréfaction osseuse d'allure néoplasique de la branche horizontale et de la branche montante. Les dents persistantes présentent une nette alvéolyse verticale. En particulier, g8 est entourée d'une excavation en godet qui atteint les apex.

Un bilan radiologique complet du squelette révèle une diminution d'opacité de la région épiphysaire et métaphysaire supérieure du fémur droit, avec altération de la structure.

La biopsie gingivale montre la disparition de la structure normale, son remplacement par un tissu tumoral, dont le stroma est formé par de minces faisceaux fibreux d'où se détache un fin réticulum en partie collagène, en partie précollagène, dans les mailles duquel sont contenues les cellules tumorales. Il n'y a pas de cellules inflammatoires dans les vaisseaux.

Les cellules proliférantes se composent, à côté des plasmocytes typiques, d'éléments s'en différenciant par le polymorphisme nucléaire, la présence de deux ou plusieurs nucléoles ou de monstruosités. Mitoses fréquentes.

On peut reconnaître toute une série d'éléments intermédiaires entre la cellule réticulo-histiocytaire et le plasmocyte typique. L'auteur classeccet aspect dans le groupe 3 de DI GUGLIELMO (plasmocytome à paraplasmoblaste).

La recherche de la protéinurie de Bence-Jones est négative :

Glycémie 1,30 g/l - Sérologie Σ négative

Hémogramme :

G.R. 4.445.300 Hb 62 %

G.B. 6.820 PN 76 % PE 2 % L 18 % N 4 %

Traitement : curiethérapie.

La patiente était toujours vivante 12 ans après le traitement.

2ème observation de BRANZI :

Prêtre de 52 ans, sans antécédent particulier, examiné à l'occasion d'une gingivorragie abondante. Trois semaines auparavant, l'extraction de G6 sans anesthésie avait été suivie d'un saignement abondant. On avait malgré cela procédé 3 jours avant à l'extraction sans anesthésie de G7 qui avait provoqué une hémorragie grave, incomplètement arrêtée par un tamponnement.

A l'examen, après avoir débarrassé la bouche des caillots et des mèches, on découvre une petite tumeur pédiculée, un peu plus grosse qu'un grain de maïs, insérée dans la région vestibulaire correspondant à G7, de même couleur que la muqueuse voisine, saignant abondamment à la base du pédicule. Le malade est pâle et affaibli. On tamponne, on injecte de la vitamine K intraveineuse.

Deux jours après, devant l'aggravation, on fait une transfusion, on enlève la tumeur et on mèche. Les suites opératoires sont satisfaisantes.

Examens complémentaires : lacet négatif, temps de saignement et de coagulation normaux. Hémogramme normal. Plaquettes normales.

Examen histologique : épithélium : légère acanthose, hypertrophie des prolongements interpapillaires. Dans le chorion, infiltration plasmocytaire, plus dense en profondeur, plus clairsemée dans les couches superficielles. Nombreux vaisseaux. Oedème des couches superficielles autour de l'ulcération. Les cellules proliférantes sont des plasmocytes typiques, pyroninophiles, de dimensions variables. Quelques cellules

sont binucléées, présentent des divisions amitotiques et des monstruosités. Présence d'éléments de taille variable, mais volumineux, à cytoplasme faiblement basophile ou acidophile, à noyau irrégulier à chromatine réticulaire, et de formes de passage vers les plasmocytes. L'auteur range cet aspect dans le groupe 1 de DI GUGLIELMO (plasmocytome à plasmocytes matures).

La sérologie Σ est négative. Recherche de protéinurie de Bence-Jones négative. Myélogramme : 4 % de plasmocytes. Radiographie du crâne normale. Le malade est revu trois mois après pour une autre extraction qui n'est suivie d'aucune hémorragie. La région de G6 G7 est bien cicatrisée.

v Observation de CAMERA, PASQUALINI et PROVVISIONATO (1961).

Homme de 38 ans, sans antécédent particulier.

Un an auparavant, une gingivorragie localisée à la région de G5 avait attiré l'attention sur une légère tuméfaction. Celle-ci augmentant de volume et des douleurs étant apparues, la dent est extraite quelques mois après. Des hémorragies successives font pratiquer des cautérisations répétées. Le malade est vu à l'occasion d'une hémorragie importante. Après incision des caillots, on découvre sur la crête alvéolaire inférieure, au niveau de G5 extraite, une tuméfaction du volume d'une petite olive, sessile, douloureuse à la palpation. Il n'y a pas d'adénopathie.

Examens complémentaires : lacet, temps de saignement et de coagulation normaux. Hémogramme : G.R.=3.800.000 ; G.B.=8.500.

On procède à l'extraction de G4 et de G6, et à l'ablation de la masse.

Examen histologique : plasmocytome.

Examen radiologique du squelette, local et général : normal.

Recherche de la protéinurie de Bence-Jones : négative.

Electrophorèse des protéines : normale.

Radiothérapie locale.

R. DEGOS et A. CHAPUT ont publié, en 1952, une observation d'hyperplasie diffuse des gencives, dont l'analyse détaillée figure dans la thèse de FURET, et qui par certains caractères se rapproche de celle de notre malade.

Martiniquaise de 20 ans, enceinte, au 5èmo mois, consulte pour une énorme hypertrophie gingivale.

Elle porte depuis deux ans un appareil partiel de résine remplaçant G1 et G2. Un peu avant le début de la grossesse, elle a présenté une gingivite localisée à la région incisive supérieure. La gencive a d'abord été rouge, puis elle a augmenté de volume progressivement, surtout à partir du moment où elle a été enceinte. Des douleurs diffuses sont apparues.

A l'examen, les lèvres sont déformées, surtout à droite, par la masse gingivale qui les soulève. Il existe de petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles, indolores. A l'ouverture de la bouche, normale, on est frappé par une hyperplasie gingivale considérable recouvrant la presque totalité des dents aussi bien du côté lingual que vestibulaire.

Au niveau de la face interne de la mandibule, on observe un véritable ressaut, plaqué sur la face interne des alvéoles, constitué par la muqueuse épaissie, sans incisure, dont la convexité surplombe le plancher de la bouche.

Au niveau du palais, les lobules inter-incisifs et canins se continuent en arrière, par l'intermédiaire d'un bourrelet avec la partie adjacente de la fibro-muqueuse palatino-antérieure, tandis qu'au niveau des molaires et des prémolaires, aux lobules hyperplasiés fait suite une hyperplasie lamellaire, en demi-cercle, sans scissure. Ces deux prolongements doublent ainsi le palais et affleurent presque la ligne médiane.

Sur le versant vestibulaire, l'hyperplasie est de forme irrégulière. Elle présente de profondes incisures verticales qui la divisent en lobules irréguliers s'étendant presque jusqu'au collet des dents. Le volume de la prolifération est tel qu'il empêche le contact des dents en occlusion centrique.

La muqueuse qui revêt cette hyperplasie n'est pas épaissie ; elle est mince, lisse, luisante, non ulcérée. Sa teinte n'est pas uniforme, rose ou rouge violacé. La pulvérisation provoque par place un léger suintement sanglant.

L'hyperplasie est uniquement localisée au niveau de la fibro-muqueuse gingivale adjacente aux couronnes dentaires. La muqueuse vestibulaire, de même celle du plancher de la bouche, de la face interne des joues, et des lèvres et du palais, sont normales.

Les dents sont presque complètement masquées par l'hyperplasie ; elles sont mobiles et il existe un léger suintement séro-purulent au collet, qui est peu abondant.

L'examen de l'os alvéolaire sur les films intra-buccaux montre qu'il existe une résorption horizontale généralisée, importante pour l'âge de la malade, et des zones de résorption verticale dénudant certaines racines des 4 premières molaires. La trabéculation de l'os est

lâche.

L'examen général de cette malade a été complètement négatif.

L'examen radiologique du squelette n'a montré aucune modification.

La sérologie Σ est négative.

La recherche de parasites a été négative.

L'examen hématologique montre une anémie banale chez une femme enceinte et une éosinophilie peu marquée pour une insulaire exotique :

G.R. 3.470.000 Hb 65%

G.B. 14.200 PN 53,5% PE 12% L 28% M 6,5%

Myélogramme : série myéloïde 77%

Série lymphoplasmocytaire 6%

Série érythrocytaire 27%

Biopsie gingivale : la muqueuse malpighienne est discrètement hyperplasique et hyperacanthosique, sans évolution leucoplasique. Elle recouvre un chorion assez lâche avec des zones oedémateuses et d'autres riches en capillaires qui évoquent un granulome. L'ensemble est infiltré d'éléments inflammatoires, de densité non considérable, mais assez régulièrement répartis sans dominance particulière périthéliale en particulier, ni formations folliculaires. Cependant, il existe une très nette dominance plasmocytaire. Certains plasmocytes ont un noyau un peu tumescent, d'aspect inusité ; ils se groupent parfois en 3 ou 4 éléments formant des sortes de petites rosettes pleines. On ne retrouve pas de dépôt pigmentaire. L'histologiste interprétait cet aspect comme un processus inflammatoire subaigu.

La recherche de l'albuminurie de Bence-Jones, le dosage des protéines sériques, la négativité de l'exploration du squelette, firent éliminer la maladie de KAHLER. Aussi les auteurs pensèrent-ils à un granulome plasmocytaire.

La malade est revue vers la fin de la grossesse et l'on a l'impression d'une légère rétrocession. On fait une nouvelle biopsie :

"Cette préparation montre une petite tumeur arrondie à large base d'implantation, mais sans être franchement sessile cependant. Elle est recouverte par une muqueuse pavimenteuse stratifiée, sans évolution leucoplasique ni pluristratification anormale, mais avec quelques zones d'hyperacanthose.

Le chorion est assez riche en formations capillaires dont la disposition radiée à partir de la base d'implantation évoque un processus de type granulomateux. Il est cependant assez scléreux, sauf en certaines plages où les remaniements oedémateux dominent.

Ce chorion est infiltré de façon homogène, sans aucune systématisation (pas de prédilection péri-vasculaire, entre autre), par des éléments cellulaires ovoïdes, à cytoplasme homogène avec un noyau arrondi à un des pôles, où la chromatine a souvent la typique disposition "en rayons de roue".

Ces plasmocytes, dont la densité est beaucoup plus faible que sur la précédente biopsie, ont souvent une morphologie anormale: cellules de plus grande taille, noyaux bourgeonnants mais sans caractères nettement blastiques ni mitose ; il semble s'agir d'aspect dégénératif. Il n'apparaît pratiquement aucun élément leucocytaire autre;"

L'observation de LEMOINE et BORST (1952) d'un "Plasmocytome du massif facial" est intéressante par l'importance des lésions gingivales.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, ayant présenté 10 ans auparavant, des douleurs linguales; 4 ans plus tard une obstruction nasale progressive avec hypo-acousie et anosmie, ce tableau s'étant progressivement aggravé: obstruction nasale totale, douleurs labiales et gingivales

supérieures. Diverses biopsies ont égaré le diagnostic dans différentes directions, "polype inflammatoire" et "épithélioma indifférencié infecté". LEMOINE et BORST donnent la description suivante :

Nez - Entièrement obstrué des deux côtés par des bourgeons de petite dimension, rouges, durs, de consistance cartilagineuse, ne saignant pas au contact.

Cavum - Difficile à examiner en raison de l'importance de la synéchie vélo-pharyngée. On note du pus en abondance, provenant de l'arrière-nez (un cliché a montré l'intégrité totale des sinus frontaux et maxillaires).

Gorge - Une synéchie vélo-pharyngée d'importance considérable rétrécissant la communication rhino-pharyngée des 3/4 est constatée. Tout le voile mou est atteint par une lésion ulcéreuse d'aspect rouge avec un piqueté hémorragique. Disparition totale de la luette et des piliers. Les amygdales ont disparu également, ayant subi une sorte d'enfouissement. La surface des lésions est d'aspect granuleux, granité, un peu irrégulier et assez dur au toucher. Les lésions débordent sur le rebord gingival inférieur, dans la région des dents de sagesse et des dernières grosses molaires.

Bouche-denture - Bourgeonnement de la gencive supérieure, au niveau des incisives centrales, latérales et des canines.

Aspect caractéristique : gros bourgeons épais, rouges, entrecoupés d'ulcérations à bords taillés à pic, de consistance dure, sans trace de pus. Les dentistes parlent de fausse pyorrhée. Pas de mobilité dentaire. Petite tendance à saignoter si on insiste en touchant au porte-coton. Cette zone est douloureuse. C'est là que la maladie nous semble en pleine évolution pour les raisons suivantes:

- la gencive supérieure est la seule région où le malade accuse une douleur spontanée,

- l'aspect des bourgeons dessine un relief particulièrement net et tomenteux,

- enfin, l'aspect des lésions est rouge vif et a tendance à saigner.

Les lésions s'étendent jusqu'au sillon gingivo-labial supérieur sans trop entamer cette ligne actuellement.

Le toucher montre une infiltration dure de toute la lèvre supérieure jusqu'à la racine du nez. La peau est même beaucoup moins mobile sur les plans sous-jacents.

La denture est en bon état, toutefois les clichés des massifs dentaires supérieur et inférieur ont montré une perte de substance sur la ligne médiane entre D1 et G1.

Trois nouvelles biopsies sont pratiquées ; la première à l'entrée de la fosse nasale, la deuxième sur la paroi pharyngée, la troisième sur la gencive. Voici les résultats (Pr. DELARUE).

"Les trois fragments soumis à l'examen présentent la même structure. Ce sont des bourgeons plus ou moins tapissés d'une muqueuse malpighienne, tantôt amincie et tantôt hyperplasique. Ils sont constitués par une infiltration cellulaire très dense, occupant tout le chorion. Cette infiltration cellulaire comprend bien çà et là quelques cellules réticulaires peu différenciées. Mais elle est presque exclusivement constituée par des plasmocytes. Ce sont des plasmocytes de type adulte, parfois binucléés, très typiques, avec un cytoplasme quelquefois volumineux qui comprend des corps de Russel".

L'examen clinique et les examens complémentaires ont montré l'ab-

sence de dissémination. Traitement radiothérapique.

MERKLEN, DUCOURTIOUX et MORIN ont montré récemment (séance du 2 décembre 1961) à la Société de Dermatologie un cas très intéressant associant une lésion cutanée de la joue, une atteinte muqueuse de la face interne de la joue et du vestibule, et un plasmocytome gingival diffus.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, enceinte. d6 et g6 ont été expulsées spontanément (?). Les autres dents sont extrêmement mobiles ; g5, d4 et d5 étaient profondément cariées. Elle présente une tuméfaction gingivale intéressant le versant vestibulaire, prédominant dans la région antérieure des deux arcades. L'hyperplasie est centrée sur les languettes gingivales interdentaires qui sont énormes, rouge-violacées, mollasses, recouvrant le tiers cervical des faces vestibulaires des dents, séparées les unes des autres par des incisures verticales. On peut facilement les écarter des dents ; la face profonde est rouge vif, luisante, ne saignant pas. On découvre la partie haute des racines ; il n'y a pas de tartre, pas de suppuration. La lésion n'est pas partout limitée par le cul-de-sac gengivo-jugal puisqu'on note une atteinte du vestibule dans la région D_1-D_4, et de la face interne de la joue droite. La biopsie gingivale est en faveur d'un plasmocytome.

Pour bien montrer la différence entre une telle lésion et un granulome plasmocytaire, nous résumerons l'observation de SCARCELLA PERINO (1933)(de son troisième cas),qu'il considère d'ailleurs comme une "lésion inflammatoire chronique productive".

Jeune fille de 19 ans, sans antécédent particulier. Souffrit pour

la première fois de D7 trois ans auparavant et ne mastiqua plus de ce côté : il s'ensuivit une inflammation gingivale, la formation d'une masse rougeâtre saignant facilement. D'abord la patiente n'y accorda pas grande importance. Puis, chaque période prémenstruelle étant marquée par une hémorragie de la gencive enflammée, elle consulta un spécialiste qui enleva D7 et cautérisa l'excroissance charnue. Par la suite, l'alvéole fut le siège de fréquents saignements qui augmentaient dans les périodes prémenstruelles. La malade, anxieuse, ne prenait plus d'alimentation solide et dépérissait. Le même spécialiste fit le diagnostic d'épulis, mais ne voulut pas intervenir, considérant la malade comme "hémophile". Elle fut soumise à un traitement radiothérapique à "dose sarcome" (?). Le suintement sanguin cessa, mais la masse ne diminua pas. La patiente fut examinée quelque temps après, les hémorragies ayant repris et ayant un caractère grave par leur répétition. A l'examen : absence de D7. Présence d'une tuméfaction irrégulière de la gencive, s'étendant de D4 à l'extrémité de l'arcade. La gencive atteint en certains points une épaisseur double de la normale, recouvrant presque complètement les molaires et les prémolaires. La teinte varie du rose au rouge ; il y a des ulcérations et la pression fait sourdre du sang. La consistance varie du charnu au dur élastique.

La radiographie montre la présence de petits séquestres dans l'alvéole de D7. On enlève D6, D8 et les séquestres ; la masse charnue est excisée et cautérisée. Guérison en 15 jours.

L'examen histologique montre une structure variable selon les points. En certains points, tissu fibreux dense avec rares vaisseaux ; en d'autres : tissu conjonctif oedémateux avec de nombreux vaisseaux. Infiltration de polynucléaires, de lymphocytes et de quelques plasmo-

cytes. Mais, en certains points, les plasmocytes sont particulièrement nombreux.

Nous voyons donc que ce cas se distingue des précédents : cause infectieuse évidente, mise en évidence de séquestres à la radiographie, image histologique caractéristique. Il faut cependant se garder de faire ce diagnostic en excès et de passer à côté d'une tumeur plasmocytaire. Citons à ce propos l'observation de DI GUGLIELMO et CORTI (1949):

Femme de 50 ans. Antécédents de tuberculose pulmonaire, gastro-duodénite et cholécystite. En janvier 1948, en raison de nombreuses caries, apparition d'une gingivite septique avec gingivorragies difficiles à tarir.

Un dentiste pratique l'extraction de 5 dents. Mais il reste de nombreuses racines infectées qui maintiennent en activité l'état inflammatoire de la cavité buccale. En même temps, fièvre légère, asthénie progressive, perte de poids, anémie discrète et sueurs nocturnes. Traces d'albuminurie, quelques hématies, pas de cylindres. L'état de la malade s'aggravant progressivement, avec fièvre intermittente à 38° 38°5, elle est hospitalisée.

A l'examen de cette malade pâle, en mauvais état général, on constata "que la denture est presque totalement absente, sauf quelques racines infectées" "branlantes", et qu'elle présente un "processus de gingivite diffuse" ou de "pyorrhée alvéolaire au 4ème stade" avec "quelques séquestres dus à des abcès ou des extractions précédentes". Les radiographies montrent une "ostéoporose diffuse mandibulaire péri-alvéolaire, expression probable d'un trophisme altéré par une inflammation d'origine dentaire".

Il n'y a pas d'autres manifestations pathologiques au niveau des divers appareils et du squelette. Toutefois, il existe une hématurie microscopique sans cylindrurie, une anémie marquée :

G.R. : 2.100.000 Hb 41% G.B. 8.900 PN 72% L 18% M 10%.

L'hémoculture est négative.

On fait donc le diagnostic d' "infection subaigüe à partir de foyers gingivo-dentaires" et l'on met la malade à la pénicilline à haute dose pendant un mois et demi. Or, celle-ci reste sans effet sur la température, malgré l'adjonction de sulfamides, puis de streptomycine, puis de Cryogénine. On associe à ce traitement "une toilette progressive de la cavité buccale" qui ne va pas sans hémorragies importantes et clochers thermiques. Entre temps, apparaît une légère splénomégalie. Cependant, l'état général s'améliore lentement et la malade sort au bout de 3 mois, apyrétique, avec une formule sanguine plus satisfaisante : G.R. 3.400.000 ; G.B. 5.200.

Mais, environ deux mois et demi plus tard, elle doit être réadmise pour fièvre, asthénie, sueurs et douleur de l'hypochondre gauche. Bientôt, la température monte à plus de 40°, ictère et hépatomégalie apparaissent. Il n'y a plus de signes buccaux.

L'anémie est intense, la vitesse de sédimentation très accélérée. Il existe une forte hyperprotidémie, une hyperglobulinémie, avec inversion du rapport A/G. Recherche de la protéinurie de Bence-Jones fortement positive. Des médullogrammes répétés montrent une augmentation progressive du taux de la lignée plasmocytaire, d'abord lente, puis rapide. Un bilan radiologique complet du squelette reste négatif. La malade meurt dans un tableau de cachexie avec ascite, avec une plasmocytose médullaire à 34,3%.

Il est permis de se demander si dans un tel cas un rapport ne doit pas être établi entre cette "gingivite" rebelle aux antibiotiques chez une malade déjà presque édentée, et le tableau de myélome multiple, sans foyer osseux radiologique qui l'a rapidement suivie.

Cette question restera malheureusement sans réponse, car aucun examen histologique gingival n'a été fait et la famille a refusé la vérification post-mortem.

-o-

PLASMOCYTOME DE LA LANGUE

Observation de MILIAN (1939)

Homme de 58 ans, bagagiste, hospitalisé le 8 avril 1931 pour lésions de la gorge durant depuis 6 mois.

Début par sensations de piqûre, puis apparition de douleurs, qui l'empêchent de travailler, et bientôt, de dormir, car elles deviennent continues. Le malade ne peut plus s'alimenter correctement et dépérit.

A l'examen, la langue est rouge grenat, très tuméfiée. L'augmentation de volume porte sur toute la langue, mais prédomine sur la partie droite : les dimensions sont presque triplées, en largeur comme en hauteur. Sur les bords, présence de quelques ulcérations irrégulières et sur le bord droit quelques nodules de la taille d'une tête d'épingle, ayant l'apparence de grains jaunes (mais les dents sont très entartrées).

Sur le bord gauche, très dur, on note une élevure arrondie du diamètre d'une pièce de un franc, dépassant de 2 à 3 mm la surface de

la muqueuse comme le bourrelet des néoplasmes. La surface de la langue est bosselée et irrégulière. La palpation ne déclenche pas de douleurs.

Adénopathie sous-maxillaire bilatérale : ganglions durs, mobiles, indolores.

L'examen des autres organes est négatif (emphysème pulmonaire).

Hémogramme : G.R. 4.250.000 ; G.B. 34.600

Polynucléaires	87%
Lymphocytes	8%
Monocytes	3%
Plasmocytes	2%

La température passe de 38°3 à 39°2.

Sérologie Σ négative, mais on entreprend un traitement d'épreuve anti Σ . Une biopsie montre un "tissu de lymphadénome".

Sur la joue gauche, apparition de trois lésions papuleuses analogues à celles de la langue, ulcérées à la surface.

On injecte du cyanure de mercure, mais l'apparition d'une stomatite fait arrêter le traitement. Un nouveau B.W. est négatif.

On commence la radiothérapie. Le ganglion sous-maxillaire droit passe de la taille d'un oeuf de pigeon à celle d'une noix. Le volume de la langue diminue, permettant au malade de manger. Vers le 15 novembre, apparition d'un ganglion sous-claviculaire droit qui d'abord dur, devient rouge et se ramollit. Un deuxième ganglion voisin apparaît.

Le 16 décembre, la température monte à 39°2, le lendemain à 40° ; une rougeur intense et un gonflement apparaissent dans la région cervicale antérieure gauche. Le 18 décembre, rougeur et gonflement atteignent la face : aspect d'un érysipèle intense de la face, respectant le nez et les paupières. Le malade meurt le 20 décembre.

Autopsie : pas de ganglions médiastinaux. Rate normale, Foie un peu graisseux et congestionné. Reins un peu congestionnés avec un petit kyste hématique. Poumons normaux. Coeur normal. Nulle part, il n'y a de nodule tumoral secondaire.

Histologie : Infiltrat cellulaire envahissant tout le derme de la muqueuse jusqu'à l'épithélium, se substituant entièrement au tissu conjonctivo-musculaire. Dans la partie profonde, l'infiltrat respecte quelques faisceaux musculaires qui sont noyés de ci de là dans la masse, sans altération. Nombreux vaisseaux dans la masse, avec ou sans paroi. La masse des cellules est constituée par des plasmocytes séparés les uns des autres par un réticulum conjonctif fin parsemé de quelques cellules conjonctives de volume normal ou légèrement hypertrophiées.

Les plasmocytes sont typiques, à noyau radié excentrique, protoplasme ovoïde. Parfois, deux noyaux ou même trois, exceptionnellement quatre. Quelques-uns sont volumineux ; le noyau est triplé de volume, mais l'aspect de plasmocyte est conservé. Nombreux capillaires dilatés.

On trouve des tumeurs pareilles dans les régions de voisinage mais non à distance dans les organes (dans les muscles du cou, les régions péricarotidiennes, nodules de la taille d'un pois à une noisette), sauf dans un rein où l'on trouve sur une coupe un petit infiltrat plasmocytaire coulé dans le tissu interstitiel entre les tubes droits.

Dans l'observation d'EWING et FOOTE (1952), l'électrocoagulation d'un plasmocytome de la langue chez un homme de 65 ans fut suivie de l'apparition de localisations osseuses et de la mort du malade.

Le malade de COSTEN (1947), un homme de 60 ans, présentait une localisation linguale et amygdalienne avec adénopathie. Après exérèse et application de radium, une lésion apparut au niveau des os iliaques, qui fut traitée chirurgicalement. Le malade était vivant à l'époque de la publication, 5 ans après le premier signe.

Le malade cité par LUMB et PROSSOR (1948), et dont nous reparlerons plus loin, était un soldat de 20 ans, atteint d'un plasmocytome de la langue, du palais, du voile et du larynx. Les lésions linguales sont décrites comme "multiples fentes et fissures avec induration et zones fermes sous-jacentes". Traité par radiations, il était bien portant trois mois plus tard, 7 ans après le premier signe.

Nous reparlerons également de la malade de WARIN (1954), une femme de 45 ans, qui présentait une atteinte des lèvres, de la langue, du palais, du voile, de l'épiglotte et du larynx, traitée par radiothérapie. Il s'agissait d'un "tissu granulomateux rouge fendillé".

Le malade de CLOPTON (1952), un jeune noir de 31 ans, présentait un aspect différent : il s'agissait de deux petites tumeurs pédiculées, l'une sur la langue, l'autre sur l'épiglotte, d'allure très bénigne.

-o-

PLASMOCYTOME DU PLANCHER DE LA BOUCHE

L'observation personnelle de HELLWIG, ajoutée à sa revue de 127 cas (1943), concerne un plasmocytome du plancher de la bouche. Le sexe et l'âge du malade ne sont pas précisés. Il s'agit d'une tumeur de

2,5 x 1,5 cm, étendue de la ligne médiane jusqu'au contact de la table interne de l'hémimaxillaire inférieur droit. Après curiethérapie, le patient surveillé pendant trois ans et demi n'a pas présenté de récidive.

STEWART et TAYLOR ont publié en 1932 une tumeur du plancher buccal chez un homme de 62 ans, excisée chirurgicalement et n'ayant pas récidivé après 3 ans.

-o-

PLASMOCYTOME DE LA MUQUEUSE JUGALE

Observation de SESSA (1947) : Homme de 64 ans, présentant un plasmocytome de la muqueuse buccale, avec adénopathie. Le traitement chirurgical est suivi de récidive ganglionnaire.

Observation de SARASIN (1950) : Plasmocytome de la face muqueuse de la joue, chez une femme de 53 ans, avec adénopathie. Traitement radiothérapique. Apparition de lésions osseuses.

La malade présentée à la Société de Dermatologie de l'Hôpital St-Louis par MERKLEN, DUCOURTRIOUX et MORIN :

Une jeune femme enceinte de 24 ans avait un plasmocytome intéressant la peau de la joue droite, la muqueuse de la joue et du vestibule, et les gencives. La lésion de la joue droite et du vestibule offrait l'aspect suivant : multiples petits bourgeons ou petites crêtes de quelques millimètres de long sur 2 ou 3 millimètres d'épaisseur,

séparées les unes des autres par des sillons, de couleur rouge violacé, paraissant revêtues d'une muqueuse amincie, lisses, mollasses, indolores, non hémorragiques.

Rappelons enfin que le malade de MILIAN (1939) avait sur la joue gauche près de la commissure trois lésions papuleuses analogues à celles de la langue, ulcérées en surface.

-o-

PLASMOCYTOME DE LA MUQUEUSE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS

La deuxième observation mondiale de plasmocytome extra-médullaire est celle de Von WERDT (1911), concernant une tumeur de la luette chez un homme de 69 ans, excisée chirurgicalement. Le malade était toujours en bonne santé 14 ans après l'intervention.

STANCIL et TOMLINSON ont rapporté en 1944 une localisation de la luette, du voile et des piliers, et des amygdales, chez un homme de 26 ans, traité par radiothérapie.

Nous citerons également le cas d'EWING et FOOTE (1952) de plasmocytome du voile chez un homme de 76 ans. Traitement chirurgical suivi de radiothérapie. Le malade était toujours vivant deux ans et demi après le premier signe.

Rappelons la malade de WARIN (1954) : une femme de 45 ans présentant un plasmocytome des lèvres, de la langue, du palais, des piliers, de l'épiglotte et du larynx,

et la malade de LEMOINE et BORST (1952) : plasmocytome du massif facial, dont les lésions pharyngées sont ainsi décrites : "une synéchie vélo-pharyngée des trois-quarts est constatée. Tout le voile mou est atteint par une lésion ulcéreuse d'aspect rouge avec un piqueté hémorragique. Disparition totale de la luette et des piliers. Les amygdales ont disparu également, ayant subi une sorte d'enfouissement. La surface des lésions est d'aspect granuleux, granité, un peu irrégulier et assez dur au toucher. Les lésions débordent sur le rebord gingival inférieur, dans la région des dents de sagesse et des dernières grosses molaires".

Nous nous étendrons davantage sur l'observation rapportée par LUMB et PROSSOR (1948), intéressante par la confusion initiale avec une lésion inflammatoire :

"Soldat de 20 ans. Depuis 7 ans, enrouement et dyspnée insuffisante pour justifier un traitement jusqu'à janvier 1944, où une thyrotomie fut faite à l'Armée et une masse enlevée de la corde vocale droite. L'examen microscopique du tissu montra une accumulation sous-épithéliale de plasmocytes, mais l'aspect général fut considéré comme celui d'un processus inflammatoire chronique. Tests de Wassermann répétés négatifs. Pas de tuberculose ou de lèpre mise en évidence. Les colorations des coupes par le Gram et le Ziehl-Nielsen ne montrent pas de microorganismes. La possibilité de lichen plan est éliminée. Les années suivantes, aucun diagnostic précis ne fut fait. D'autres petites masses apparurent, si bien que le 13 mars 1947, examiné pour la première fois au Westminster Hospital, il présentait les lésions suivantes :

Langue : Fentes et fissures multiples avec induration et zones fermes sous-jacentes.

Palais : Une tuméfaction rouge, ferme, insensible, s'étend le long de la face labiale des dents. Deux élevures rouges, fermes, indolores, s'étendent du palais dur au palais mou.

Larynx : Epiglotte et aryténoïdes épaissis, surface bosselée donnant un aspect semblable à celui du palais. Dans la région sous-glottique droite, d'autres plaques semblables à épithélium rouge, rugueux, bosselé. La lumière glottique est rétrécie.

Examens : des biopsies de la langue et du palais montrèrent des amas de plasmocytes sous l'épithélium. Un certain nombre de cellules binucléées. Infiltration en profondeur d'amas cellulaires; mais pas d'invasion de l'épithélium et pas d'ulcération. Téléradiumthérapie et radiothérapie avec une dose de 5.500 r sur la tumeur. Le 25 juin 1947, toutes les lésions avaient disparu, laissant seulement un léger oedème des aryténoïdes. Des recherches répétées de la protéinurie de Bence-Jones furent négatives. Protéines sériques : 7,5 g %. Examens cliniques sanguins : normaux".

-o-

PLASMOCYTOME DES GANGLIONS CERVICAUX

Nous avons vu que les plasmocytomes extra-médullaires des voies aériennes supérieures pouvaient être accompagnés d'adénopathies cervicales. La découverte d'un ganglion peut précéder celle de la tumeur.

Cependant, dans certains cas, la localisation ganglionnaire paraît primitive. HELLWIG souligne la rareté de ces cas, étonnante si l'on suit l'avis des auteurs qui considèrent le plasmocytome comme un type spécial de lymphocyte.

Observation de JACKSON, PARKER et BETHEA (1931) :

Femme de 67 ans, très anémique, présentant une tuméfaction de la taille d'une noix du côté gauche du cou. Après exérèse chirurgicale, pas de récidive ou de métastase constatée pendant trois ans d'observation. Histologiquement, il s'agissait d'un plasmocytome ganglionnaire.

Observation de BASSET et SCAPIER (1937) :

Homme de 48 ans. Apparition d'une masse de la taille d'une noix dans la région sterno-cléido-mastoïdienne. Deux ans après, une biopsie établit le diagnostic de cancer. En dépit de l'irradiation, la tumeur augmente de volume et devient adhérente à l'aponévrose et à la peau. L'état général du malade décline progressivement. La radiographie pulmonaire révèle une adénopathie médiastinale. L'hémogramme montre 40 % de mononucléaires, dont quelques plasmocytes. Exérèse partielle et radiothérapie. Mort six mois plus tard, avec atteintes viscérales multiples. Histologie : plasmocytome ganglionnaire.

Observation de MARESCH (1909) :

présentée à la Société Allemande de Pathologie comme "Lymphogranulomatose à plasmocytes", opinion qui fut combattue par STERNBERG.

Homme de 48 ans, ayant remarqué 18 ans auparavant une petite masse du côté gauche du cou. Elle resta inchangée pendant 15 ans, puis commença à augmenter de volume. Quand elle atteignit le volume du poing, elle fut enlevée en même temps qu'une masse axillaire. La tumeur du cou récidiva rapidement et atteint la taille d'une tête d'enfant. L'évidement ganglionnaire fut suivi d'infection locale et de la mort du malade.

L'autopsie ne mit pas en évidence de leucémie. Il y avait une

grosse tuméfaction des ganglions du cou et des régions axillaires. Le volume des ganglions bronchiques, médiastinaux et rétropéritonéaux était également augmenté. Les ganglions inguinaux étaient apparemment normaux. La rate était doublée de volume, mais sans nodules, alors que le foie était parsemé de 25 nodules de 0,5 à 1,5 cm de diamètre. Il y avait également des tumeurs de la 12ème vertèbre dorsale, de l'humérus droit et du fémur gauche. Les tumeurs des ganglions, des viscères et des os étaient de structure identique. Les cellules principales étaient des plasmocytes, de taille et de forme très variées, ronde, ovale ou polygonale. Les noyaux étaient soit typique, en roue de char, ou avaient l'apparence foncée uniforme des noyaux des lymphoplasmocytes. Des cellules géantes avec un grand noyau ou plusieurs noyaux sombres, étaient fréquemment rencontrées. Dans les petites cellules tumorales, beaucoup de noyaux étaient pycnotiques.

Observation de HUET, WICART, VILLEDROUIN et LOISILLIER (1956) :

Homme de 51 ans, présentant depuis six ans un "ganglion" du cou. Bon état général, aucun trouble fonctionnel. A l'examen, masse arrondie, de la taille d'une grosse prune, indolore, parfaitement mobile, quoique un peu bloquée en profondeur. Elle siège un peu au-dessous et en arrière de la glande sous-maxillaire droite. Sa consistance ferme, élastique, mais non dure, ne donne pas l'impression d'un ganglion métastique.

L'examen méticuleux du cavum, de la cavité buccale, de l'hypopharynx est négatif. Il n'y a pas d'autre adénopathie. Radiographie thoracique et hémogramme sont normaux. On décide l'exérèse : c'est une masse lisse, encapsulée, d'énucléation facile, n'adhérant ni aux vaisseaux ni aux nerfs. On est simplement un peu gêné par une vascularisation intense

de la tumeur qui lui donne un vague aspect de thyroïde aberrante.

Examen histologique : plasmocytome. Pas de protéinurie de Bance-Jones. Bilan radiologique du squelette : négatif. Protéines sériques et électrophorèse : normales. Myélogramme : normal.

Revu régulièrement depuis deux ans, tous les examens se sont toujours révélés négatifs et les auteurs donnent le diagnostic de "Plasmocytome isolé sous-maxillaire".

-o-

PLASMOCYTOME CUTANE

La localisation cutanée du plasmocytome est extrêmement rare. Nous citerons la malade présentée par MERKLEN, DUCOURTIOUX et MORIN.

Jeune femme enceinte de 24 ans, dont nous avons déjà parlé à propos des localisations muqueuses et gingivales. Elle présentait une atteinte cutanée de la joue droite, ayant l'aspect clinique d'un granulome éosinophile péri-orificiel.

La lésion était constituée par 5 ou 6 papules ayant tendance à confluer, séparées par un sillon sinueux, formant un placard juxta-commissural d'environ 2 cm de diamètre, rouge, suintant, recouvert de croutelles jaunâtres, indolore, souple. La joue était infiltrée d'oedème.

ARAGONA avait publié en 1936 un plasmocytome de la peau du cou chez une fillette de 6 ans ; suivie pendant cinq ans après l'intervention, elle n'a pas présenté de récidive.

-o-

PLASMOCYTOME DES LEVRES

Le plasmocytome des lèvres est également très rare.

Rappelons d'abord le cas de WARIN (1954) :

Femme de 45 ans, sans antécédents particuliers. L'affection a débuté 15 ans auparavant, 6 mois après un accouchement. On note une infiltration des lèvres par un tissu granulomateux rouge fendillé. Même tissu sur la langue, la partie postérieure du palais dur, les piliers du voile, l'épiglotte et le larynx.

Hémogramme normal. Réactions sérologiques : négatives. Recherche de champignons : négative. Radiographie pulmonaire : normale. Une biopsie des lèvres montre une "réaction inflammatoire intense avec plasmocytes prédominants". Mais un traitement par pénicilline pendant un mois n'amène aucun changement, alors qu'une irradiation de 900 r sur les lèvres amène une amélioration certaine.

Observation de KANE, MILES et EROS (1952) :

Homme de 66 ans, hospitalisé depuis 1942 pour une psychose avec idées de grandeur... Le 12 avril 1948, on note l'apparition, au milieu de la lèvre inférieure, d'une ulcération d'un centimètre de diamètre, avec induration limitée des bords. Pas d'adénopathie cervicale. L'examen clinique général est normal. On fait le diagnostic de cancer et le malade reçoit 5.000 r en 10 séances.

Le malade est vu par les auteurs le 6 décembre 1948. Son état général est bon. La lésion, approximativement située sur la ligne médiane, mesure 1,5 cm de diamètre. Elle est recouverte d'une grande croûte sèche. Les bords sont durs, le fond purulent. Il n'y a pas d'adénopathie.

Le 7 janvier 1949, la taille de la lésion a augmenté. Apparition d'une zone rouge, tuméfiée, humide, autour de l'ulcération.

Le 31 janvier 1949, excision en passant à distance.

Examen histologique : ulcération peu profonde. La peau et la muqueuse de la lèvre sont transformées en un tissu granulomateux d'aspect tumoral, riche en capillaires et composé presque uniquement de plasmocytes, en infiltrats compacts avec un peu de tissu interstitiel fibreux et rare. La plupart sont matures : il s'agit d'un plasmocytome extra-médullaire.

Un examen radiologique complet du squelette est négatif. Le myélogramme est normal. Il n'y a pas de protéinurie de Bence-Jones. Ces examens répétés en janvier 1951 et en mai 1952 sont toujours négatifs.

J.M. MASCARO nous a récemment parlé d'un cas semblable, qu'il a observé à Barcelone.

-o-

PLASMOCYTOME DU MAXILLAIRE INFERIEUR

Nous abordons maintenant le domaine du "plasmocytome" ou "myélome solitaire des os". Une telle tumeur est rare à la mandibule. Nous en avons trouvé 8 cas dans la littérature.

- en 1948, un cas de SPITZER et PRICE, chez un homme de 39 ans;
- en 1950, CHRISTOPHERSON et MILLER citent une observation ;
- en 1952, un cas de LANE ;
- en 1954, un cas de DAVIS et HAVENS, chez une femme de 56 ans et un cas de MANCASI-MATERI ;

- en 1956, un cas de HINDS, PLEASANT et BELL, chez une jeune fille de 18 ans ;
- en 1960, un cas de WHITLOCK et HUGHES, chez un homme de 67 ans;
- en 1961, un cas de CALHOUN, chez un homme de 64 ans.

Le cas rapporté par SPITZER et PRICE

est quelque peu suspect d'être une lésion inflammatoire à type de "granulome plasmocytaire". Il s'agit d'un homme de 39 ans, présentant une douleur depuis trois semaines, ayant débuté au niveau d'une prémolaire inférieure gauche, et une légère tuméfaction génienne. Tentative de traitement de la dent : échec et extraction. Pas de cicatrisation de la plaie, persistance de la douleur, suppuration de la plaie dont les bords sont déchirés et décollés, le fond couvert de granulations grisâtres. Adénopathie, léger trismus, anesthésie mentonnière.

La radiographie montre une zone radioclaire de 11 mm de diamètre dans la région de la prémolaire extraite, à bords flous, avec demi effacement de la trame osseuse. Pas de racine, pas de séquestre.

Diagnostic d'ostéite. Intervention. On retire une masse de granulations brunâtres, saignantes, envahissant le trou mentonnier et le canal dentaire inférieur.

Examen histologique: plasmocytome, avec en périphérie une ostéite chronique associée.

Hémogramme : G.R. 5.000.000 ; G.B. 6.500.

Examen radiologique du squelette : négatif

Pas de protéinurie de Bence-Jones.

Radiothérapie.

Dans l'observation de CHRISTOPHERSON et MILLER, l'image radiologique floue pouvait faire discuter une ostéomyélite et un processus tumoral.

Par contre, dans l'observation de LANE et dans la plupart des observations suivantes, il s'agissait d'images d'allure kystique multiloculaire, et la lésion fut presque constamment prise pour un améloblastome ou une tumeur à myéloplaxes.

La malade de DAVIS et HAVENS était une femme de 56 ans présentant depuis dix mois une tuméfaction indolore du côté droit de la mandibule. La radiographie montra une grande lésion d'allure kystique multiloculaire, soufflant la partie postérieure de la branche horizontale depuis D6, l'angle, la branche montante et l'apophyse coronoïde. La lésion paraissait radiologiquement être un adamantinome typique ; à l'intervention, l'aspect de la tumeur semblait le confirmer, mais l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un plasmocytome. La lésion fut curettée et on mit du radium. L'examen radiologique du squelette était négatif ; il n'y avait pas de protéinurie de Bence-Jones.

Observation de HINDS, PLEASANT et BELL

Jeune fille de 18 ans, présentant une tuméfaction mandibulaire droite.

En avril 1953, douleur dans la région de D6. En juin 1953, tuméfaction gingivale. En septembre 1953, biopsie : "aspect inflammatoire". Extraction de D5, D6, D7, curettage de l'os et des tissus mous. L'affection continue d'évoluer. Quatre curettages successifs, dont trois par voie cutanée. La dernière biopsie en janvier 1954 fait envisager un plasmocytome.

La malade n'a pas d'antécédents particuliers.L'examen clinique ne révèle rien d'autre que la tuméfaction mandibulaire, très molle, légèrement fluctuante, s'étendant de d4 au trigone rétro-molaire, enfouissant la dent de sagesse.

La radiographie montre une perte de substance de la branche horizontale jusqu'à d8, d'apparence plus néoplasique qu'inflammatoire.

L'examen radiologique du squelette est normal.

Les examens hématologiques et chimiques du sang et des urines sont normaux.

Extraction de d8 et biopsie : "tumeur maligne, probablement un plasmocytome".

Radiothérapie: 2.000 r, sur 1 champ en 10 jours. La malade est revue un mois plus tard : il n'y a pas d'amélioration. Deux mois après, elle est réadmise pour hémirésection. Le bilan radiologique du squelette et la recherche de protéinurie de Bence-Jones sont toujours négatifs.

Hémirésection mandibulaire, mise en place d'une attelle incluse en acier inoxydable fixée par vis. Drainage. Trachéotomie.

Suites opératoires : infection avec douleur et tuméfaction à la 3ème semaine. L'attelle est enlevée la 5ème semaine.

Examen histologique : "myélome plasmocytaire".

Suivie régulièrement, la malade ne présentait ni récidive, ni dissémination, 18 mois après l'intervention.

Observation de CALHOUN

Noir de 64 ans, hospitalisé pour hypertension artérielle, athérosclérose et glaucome. Un examen radiologique dentaire systématique fait découvrir une image radioclaire multiloculaire de la branche horizontale gauche dans la région molaire édentée. L'examen local est négatif. On

pense à un améloblastome, à une tumeur à myéloplaxes.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un plasmocytome.

L'examen clinique général, les examens paracliniques, sont normaux.

La tumeur est énucléée. Réhospitalisé trois fois en 4 ans et demi pour examen clinique et paraclinique complet, le malade n'a présenté ni récidive, ni dissémination.

Observation de WHITLOCK et HUGHES

Homme de 67 ans, présentant une grosse tuméfaction indolore de la pointe du menton ; 16 ans auparavant, le malade avait remarqué une tuméfaction du côté droit du maxillaire inférieur ; ayant augmenté progressivement de volume, elle devient plus prononcée à la pointe du menton.

Le malade a été opéré deux fois par voie buccale, 12 ans et 8 ans auparavant.

Il s'inquiète d'autant plus qu'une zone mandibulaire droite est insensible lors de la mastication.

Il n'a pas d'antécédents particuliers.L'examen général est négatif.

L'examen montre une tumeur grosse comme une balle de tennis, non douloureuse, fluctuante, recouverte de peau amincie mais normale, appendue à la pointe du menton. Le bord basilaire est palpable de chaque côté, de l'angle jusqu'à la région prémolaire, mais la table externe du côté droit est soufflée et inégale. Pas d'adénopathie, pas de troubles sensitifs objectifs.

A l'arcade inférieure, seules les trois molaires inférieures gauches persistent ; elles sont très mobiles. Tuméfaction du bord alvéolaire inférieur, vestibulaire et linguale, d'un bout à l'autre de l'arcade. Présence d'ulcérations reposant sur la tumeur sous-jacente, à

trois endroits : région d8, région d5 d6 et région s'étendant de d2 à g6.

Radiographie : lésion polykystique s'étendant de la branche horizontale droite jusqu'à g6. Sous la symphyse, ombre sphérique correspondant à la tumeur du menton, au sein de laquelle on note des spicules osseux disposés radiairement en rayons de soleil.

A l'intervention, cavités osseuses multiples contenant un tissu mou brunâtre limité par une membrane d'apparence épithéliale. On fait le diagnostic per-opératoire d'améloblastome. Curettage. Extraction de g6 g7 g8. Fermeture sur drains. Suites opératoires normales.

Examen histologique : "myélome atypique".

Le malade est revu deux mois après. L'examen radiologique du squelette, la recherche de protéinurie de Bence-Jones sont négatifs. Hémogramme et myélogramme sont normaux. L'électrophorèse montre une hypergammaglobulinémie. On constate une fracture sans déplacement de la région symphysaire.

Six mois plus tard, régénération osseuse au niveau des cavités curettées. La fracture symphysaire n'est pas consolidée, mais ne gêne pas le malade. Les examens paracliniques sont tous normaux. Confection de prothèses 3 ans et 8 mois après l'intervention ; les examens sont toujours normaux, excepté l'électrophorèse qui montre une légère chute de l'albumine et une augmentation des gammaglobulines.

5 ans après, la diminution de l'albumine, la légère augmentation des gammaglobulines et surtout des alpha-2-globulines, paraissent traduire non une myélomatose, mais une atteinte rhumatismale.

Il convient de noter que, dans le cas de LANE, un petit plasmocytome localisé de la mandibule avait provoqué une augmentation du taux

des globulines, qui avait commencé à diminuer deux mois après l'opération et était redevenu normal 5 mois plus tard.

-o-

PLASMOCYTOME DU MAXILLAIRE SUPERIEUR ET DE LA VOUTE PALATINE

Nous laisserons de côté le plasmocytome du sinus maxillaire et les volumineuses tumeurs extériorisées dont le point de départ paraît être le sinus ou les fosses nasales. Il est difficile de savoir s'il s'agit de tumeurs de la muqueuse ayant envahi l'os, ou de tumeurs du maxillaire ayant envahi les cavités aériennes. Ces cas ont été étudiés dans les thèses de JACQUES et de MORDRET.

Ces tumeurs éliminées, il nous reste un certain nombre d'observations, que nous énumérons, avant de reprendre les plus intéressantes.

- En 1931, celles de NEMOURS, PERROT et CROCQUEFER, et de NEW et CHILDREY, concernant 2 hommes de 45 ans, traités par chirurgie et irradiation.

- En 1945, deux observations de FIGI, BRODERS et HAVENS : le premier malade avait 55 ans, le second 64 ans. Tous les deux traités par électrocoagulation et radium. Le deuxième malade mourut avec une lésion osseuse à distance (côte).

- En 1947, un cas de SAMETNIK.

- En 1950, un cas de TODARO.

- En 1952, un cas de NAVARRO-SANCHE.

- En 1954, un cas très particulier sur lequel nous reviendrons, publié par BERAUD.

- En 1955, un cas de HOLLAND, un cas de DESTO, un de FINK, un de

VILLA et LAICO.

- En 1956, un cas de DOLIN et DEWAR.
- En 1958, un cas de ENGLERT et PASQUAL.

Presque toujours, ces tumeurs sont prises pour des kystes ou des ostéites d'origine dentaire, ou pour des épithéliomas ou des sarcomes du maxillaire. Nous exposerons avec plus de détails quatre observations typiques:

Observation de NEMOURS, PERROT et CROCQUEFER

Homme de 45 ans. Choc sur le côté droit de la face en 1904 (chute de bicyclette). Par la suite, fluxions et abcès. En 1906, extraction de D5 D6 (non cariées). En 1910, tuméfaction intermittente au niveau des apex de D3 D4.

En octobre 1929, extraction de D3 non cariée. Dans les jours qui suivent, apparition d'une tuméfaction de la région palatine s'accompagnant de légères douleurs. Extraction de d4 mortifiée non cariée ; pas d'amélioration.

Le 19 novembre 1929, le malade, dont l'état général est bon, présente une légère tuméfaction de la fosse canine droite, recouverte de peau normale. Il n'y a pas de signe fonctionnel, en dehors d'une très légère douleur à la mastication, retrouvée à la palpation.

L'examen endo-buccal montre une tuméfaction s'étendant de la région des molaires supérieures droites aux incisives supérieures droites, maximum au niveau des apex, légèrement douloureuse à la palpation, déformant à la fois le vestibule et le palais, recouverte d'une muqueuse un peu rouge, nettement rénitente sur la face vestibulaire, plus molle sur la face palatine où le doigt percevait des battements artériels

très nets le 29 novembre, ayant disparu deux jours plus tard.

Aucune des dents sous-jacentes n'était douloureuse à la percussion. D8 et D7 étaient sensibles aux agents thermiques, D1 D2 ne réagissaient pas et leur mortification était confirmée à la trépanation. Les alvéoles de D3 D4 n'étaient pas cicatrisées, mais la sonde ne décelait pas de pertuis. Il n'y avait pas d'adénopathie.

La radiographie montrait une zone de raréfaction osseuse au-dessus de la région apicale de D2 D3 D4, s'étendant en arrière jusqu'à 1 cm de D7, à bords déchiquetés. L'os semble "mité" au voisinage des incisives.

Cet aspect fit éliminer un kyste et les auteurs pensèrent à un sarcome. Intervention sous anesthésie régionale. Dès l'incision de la muqueuse de D7 à D1, on remarque que les plans sous-muqueux se clivent mal; on tombe sur une voussure rénitente faite de tissu osseux en partie détruit sans délimitation nette avec l'os sain. Hémorragie abondante que l'on a beaucoup de peine à arrêter par tamponnement. Le maxillaire est creusé d'une cavité remplie de sang, en partie cloisonnée par de minces lamelles osseuses plus fines qu'une coquille d'oeuf, qui n'offrent aucune résistance à la curette. La muqueuse palatine dénudée et saignante apparaît dans la profondeur. En haut, apparaît une partie de la muqueuse du plancher des fosses nasales.

En arrière, on sent une masse rénitente qui ressemble au plancher du sinus. Un coup de curette effondre la mince cloison osseuse et met en présence de fongosités d'aspect encéphaloïde ; bientôt, il est possible d'énucléer une masse grosse comme le chapeau d'un champignon qui libère le plancher de la cavité orbitaire droite. Le tissu osseux limitant de toute part la cavité semble sain. Méchage. Deux jours après,

on obture les canaux de D1 D2.

La région est irradiée et reçoit 11.500 r sur trois champs. Par la suite, on observe une reconstitution osseuse sur toute l'étendue de la tumeur.

Le patient, revu 18 mois après le traitement, est en bonne santé.

L'examen histologique montre des masses compactes de cellules séparées par quelques travées fibreuses. Les cellules tumorales sont des plasmocytes typiques. Il reste un "assez grand nombre d'éléments monstrueux à 2 ou 3 noyaux". De place en place, on trouve des lacunes sanguines qui paraissent uniquement bordées de cellules tumorales. Nombreuses figures de mitose. A la périphérie, lamelles osseuses en voie de destruction par les cellules tumorales.

Impressionnés par cet aspect, les auteurs repoussèrent le terme de plasmocytome qui leur paraissait renfermer une idée de bénignité et préférèrent appeler la lésion un plasmosarcome.

Observation d'ENGLERT et PASQUAL

Noir de 23 ans, vu le 18 juin 1956, pour douleur et tuméfaction dans la région D_1 D_2, durant depuis 2 ou 3 mois.

Depuis 3 semaines, la douleur s'étend à la région temporale et orbitaire droite, intermittente ; augmentant progressivement d'intensité. Notion de traumatisme (accident de voiture en octobre 1955).

Examen exo-buccal : grand noir maigre. Pas de tuméfaction faciale. Un ou deux ganglions sous-maxillaires droits.

Examen endo-buccal : grosse tuméfaction palatine centrée sur l'espace D1 D2, atteignant le sommet de la crête gingivale, recouverte de muqueuse normale, ferme, non mobilisable. Vestibule normal. Dents portant quelques caries superficielles. Occlusion traumatique. Diagnostic

de kyste radiculaire sur l'histoire clinique et la radiographie. Enucléation du "kyste" et extraction de deux dents sous anesthésie générale. Suites opératoires satisfaisantes. L'examen histologique systématique redresse le diagnostic : plasmocytome du maxillaire.

Observation de HOLLAND

Femme de 75 ans, sans antécédent notable. Douleur et tuméfaction du maxillaire supérieur édenté, depuis environ 5 semaines, gênant le port de sa prothèse, construite 23 ans auparavant et jusque-là parfaitement tolérée.

A l'examen, grosse masse bleuâtre de la partie antérieure du maxillaire supérieur droit, élargissant la crête et bombant à la fois au niveau du vestibule et du palais, recouverte d'une muqueuse amincie, distendue, non ulcérée. La masse n'était pas particulièrement douloureuse à la palpation, et, bien que molle, elle n'était pas fluctuante. La muqueuse était par ailleurs normale.

La radiographie montrait une perte de substance de l'os alvéolaire et de la voûte palatine. L'aire radio-claire était à bords flous et non nets et soulignés comme dans un kyste. Les sinus étaient clairs ; le crâne normal.

L'examen clinique général, les examens du sang et d'urines étaient normaux.

Une ponction de la tumeur ne retira pas de liquide. On fit une biopsie, dont le compte rendu histologique concluait "inflammation chronique".

Le Docteur THOMA examina la malade; suspectant un plasmocytome ou un lymphome, il demanda une nouvelle lecture des coupes. On fit une nouvelle biopsie, les coupes furent comparées et le pathologiste conclut

qu'il s'agissait d'une tumeur maligne compatible avec le diagnostic de plasmocytome, bien que la structure cellulaire soit atypique. Il y avait des variations de la taille cellulaire, les noyaux étaient très actifs. Certaines cellules faisaient penser au lymphome.

La radiothérapie fut entreprise. La tumeur reçut 1.900 r et régressa promptement ; 17 jours après le début du traitement, le maxillaire était cliniquement normal. Un an après, les radiographies montraient une régénération osseuse.

Observation rapportée par BERAUD

Il s'agit d'un malade observé par JEUNE, CARRON et BADON.

Ce cas est très particulier, en raison du jeune âge du malade et de l'évolution. Il fait la liaison entre plasmocytome des maxillaires et cryptoleucose à plasmocytes.

Enfant de 6 ans, bien portant jusque-là, sans antécédents particuliers. Apparition en avril 1953 d'un oedème de la face, avec suppuration et caries dentaires, sans température. Hospitalisé dans le Service du Professeur JEUNE, il se présente avec une tuméfaction du visage accompagnée d'ensellure nasale, élargissement des pommettes et impossibilité d'occlusion complète de la bouche.

Il n'y a ni trismus, ni dysphagie, mais la mastication est impossible. Les gencives supérieures sont hypertrophiées et élargies, réduisant la voûte palatine à un étroit sillon. Les dents sont déchaussées et cariées, implantées dans tous les sens, irrégulièrement espacées. On retrouve les mêmes lésions, bien que plus discrètes, au maxillaire inférieur.

Le reste de l'examen est négatif : ni gros foie, ni grosse rate, ni ganglion.

L'étude des radiographies révèle de grosses lésions des maxillaires : tuméfaction importante du massif facial, disparition des contours osseux, opacité des sinus maxillaires dont la cavité est réduite à une fente virtuelle sous-orbitaire. Les dents et bourgeons dentaires sont projetés dans toutes les directions, donnant l'impression d'une véritable explosion du maxillaire.

Le maxillaire inférieur est moins altéré. Les contours osseux sont relativement nets, mais il existe des lésions lacunaires ostéolytiques. Le reste du squelette est normal, de même que la voûte crânienne.

Examen du sang normal : G.R. 5.340.000 et G.B. 9.800.

Une biopsie pratiquée dans le Service du Professeur DUCLOS montre: "sous une muqueuse hyperplasique, nappe cellulaire homogène formée de cellules mononucléées, à noyaux denses arrondis ou réniformes, quelques mitoses, protoplasme clair ou légèrement acidophile. On a l'impression qu'il s'agit de cellules leucoblastiques". (Dr. FEROLDI).

"Le médullogramme montre une moelle totalement envahie par des éléments atypiques difficiles à étiqueter qu'on rattache aux plasmoblastes. La plupart des éléments sont en vacuolyse cytoplasmique. La malignité est certaine et l'on peut rattacher cette hyperplasie médullaire au plasmocytome crânio-facial. Ces éléments pourraient avoir un potentiel leucoblastique (leucose ou cryptoleucose à plasmocytes)" (Dr. MOREL).

On commence, le 18 juin 1953, un traitement radiothérapique par séances de 150 r sur la face (200 KV et 10/10 Cu) avec 200 mg par jour de cortisone. Dès la troisième séance, la tuméfaction s'atténue, l'enfant parle, s'alimente et peut fermer la bouche. Les clichés montrent la réapparition des sinus maxillaires et la normalisation de la situation des bourgeons dentaires. Mais l'enfant pâlit progressivement ; on

note l'apparition de deux ecchymoses sous-maxillaires, de ballonnement ; d'ascite et de gros foie. Le 23 juin, on doit cesser la radiothérapie après 1.500 r. Malgré le traitement anti-anémique (G.R. 3.200.000 ; G.B. 13.200 avec 4% de plasmocytes), le purpura, des ecchymoses, un meloena et une hépatomégalie progressive entraînent un état de plus en plus grave. L'enfant est emmené mourant par sa famille le 25 juin 1953. La température n'a pas dépassé 38°5 au cours du séjour.

Il s'est donc agi d'une cryptoleucose à plasmocytes, dont la manifestation initiale fut un plasmocytome maxillaire.

En guise de commentaire, nous citerons ce texte de MARCHAL, MAHOUDEAU, DUHAMEL et DAUM : "Ce qui caractérise les cryptoleucémies à plasmocytes, c'est la multiplicité des infiltrations viscérales qui accompagnent un myélome plus ou moins évident, alors que le passage des plasmocytes dans le sang reste insignifiant. En plus de la moelle osseuse, la plupart des organes examinés après l'autopsie peuvent montrer une métaplasie plasmocytaire : ganglions, rate, foie, reins, estomac, intestin, pancréas, appareil pleuro-pulmonaire, thyroïde. Le nombre des organes infiltrés par les plasmocytes varie d'un cas à l'autre, réalisant tous les chaînons entre les formes mineures à évolution chronique et les leucémies plasmocytaires proprement dites à évolution aiguë.

On retrouve également cette extraordinaire diffusion des plasmocytes en dehors de la moelle osseuse dans les leucémies à plasmocytes. Celles-ci sont plus rares que les cryptoleucoses. En effet, les plasmocytes sont des cellules solidement fixées à leur tissu d'origine et difficilement mobilisables dans le courant sanguin. Avec la grande majorité des auteurs, nous considérons que toutes les cryptoleucoses et leucoses à plasmocytes représentent des modalités évolutives du myélome osseux".

D I A G N O S T I C

Le plasmocytome apparemment isolé est une tumeur rare, qui peut frapper les tissus mous ou le squelette, et prendre des aspects très différents. Le diagnostic en est difficile ; il n'est souvent fait que lors de l'examen histologique.

Le sexe masculin semble plus souvent atteint : sept hommes pour une femme dans la statistique de HELLWIG, trois hommes pour une femme dans celle de STOUT et KENNEY, deux hommes pour une femme dans celle d'EWING et FOOTE.

L'âge des malades a fait l'objet de nombreux calculs, certains auteurs donnant des moyennes avec plusieurs décimales. Moins téméraire, nous nous bornerons à constater une plus grande fréquence entre 45 et 65 ans, mais aussi l'existence de cas chez des enfants de 6 ans et des patients de 73 à 76 ans.

Les signes qui amènent le malade à consulter sont, par ordre de fréquence :

- une <u>tuméfaction</u>, symptôme majeur,
  - . soit externe, pouvant plus ou moins inquiéter ou défigurer le malade ;
  - . soit intra-buccale, entraînant une gêne mécanique, à la mastication, à la phonation, à la déglutition, au port d'une prothèse.

- la douleur

  . est parfois le premier signe, qui fait découvrir la tumeur. Rarement intense, elle est parfois totalement absente. Elle semble plus fréquente dans les plasmocytomes osseux.

- l'hémorragie

  est rare.

- Parfois, c'est,une plaie qui ne cicatrise pas après extraction dentaire.
- La découverte d'une ulcération n'est pas fréquente.
- Nous n'avons pas rencontré de localisation osseuse révélée par une fracture spontanée (la seule de notre série étant consécutive au traitement).
- Enfin, la tumeur peut être découverte lors d'un examen systématique.

A l'examen clinique, on trouve la tumeur :

. soit au niveau de la muqueuse buccale.

Et nous avons vu la possibilité de localisation unique ou multiple. La taille est variable, d'un pois à une noix le plus souvent. La base d'implantation est large, mais quelquefois on trouve une tumeur pédiculée. La couleur varie du rose au rouge bleuâtre. La surface est lisse ou bosselée. En surface, la muqueuse est normale ou amincie, rarement ulcérée. La consistance est généralement molle, élastique. La palpation rarement douloureuse.

Nous insisterons sur un aspect particulier, qui paraît assez fréquent : l'épaississement diffus de la muqueuse, dont la surface peut être lisse, ou présenter de multiples bourgeons ou papules séparés les

uns des autres par des sillons.

On retrouve dans certaines observations une tendance synéchiante. Une telle tumeur peut prêter à confusion avec toutes les tumeurs bénignes et malignes de la muqueuse.

La localisation gingivale s'accompagne d'alvéolyse et de mobilité dentaire, avec parfois chute spontanée des dents. L'atteinte gingivale peut être localisée ou diffuse. Elle semble débuter dans ce cas dans la région antérieure. Le diagnostic se pose avec toutes les gingivites hypertrophiques, les parodontopathies, le granulome éosinophile, les infections chroniques d'origine dentaire, les épulis.

. Soit au niveau des lèvres et de la peau.

Et nous avons vu la possibilité de confusion avec un épithélioma, un granulome éosinophile péri-orificiel.

. Soit au niveau des ganglions du cou.

Une adénopathie cervicale peut être à l'origine de la découverte d'une tumeur de la bouche ou des voies aériennes supérieures.

L'atteinte ganglionnaire primitive pose un problème difficile, dont la solution n'est apportée que par l'histologiste.

. Soit au niveau des maxillaires.

Où la lésion peut simuler cliniquement et radiologiquement une ostéite d'origine dentaire ; une ostéomyélite, un kyste para-dentaire, un épithélioma ou un sarcome, et, surtout au niveau de la mandibule, un améloblastome ou une tumeur à myéloplaxes.

Rappelons à ce propos que deux types d'image radiologique ont été décrits, l'aspect histologique étant identique (GOOTNICK, PAUL et POHLE).

Le premier type est d'allure kystique, avec des cloisons de refend

et simule très exactement une tumeur à myéloplaxes. La lésion est grande, radioclaire, très nettement limitée. Pour PAUL et POHLE, le pronostic serait meilleur que dans le deuxième type, d'allure destructive, qui ressemble beaucoup à une métastase osseuse d'épithélioma ou à une variété ostéolytique de sarcome.

Au total, le diagnostic sera rarement fait sur le seul examen clinique. Seule la biopsie permettra de l'envisager. Toutefois, il convient de faire ici deux remarques :

1/ Difficulté du diagnostic histologique :

Nous avons vu dans les chapitres précédents que nombre de tumeurs avaient été confondues, non seulement cliniquement, mais aussi histologiquement, avec une lésion inflammatoire chronique, un épithélioma, une lympho-granulomatose maligne ou un réticulo-sarcome. Il convient ici comme ailleurs de confronter les données cliniques et histologiques.

2/ L'Histologiste ne peut différencier un plasmocytome solitaire d'un myélome multiple.

En effet, lorsque le diagnostic de tumeur plasmocytaire a été posé, il convient de rechercher si la localisation détectée est la seule manifestation de la maladie, ou s'il existe une dissémination des lésions.

La dissémination peut être plus ou moins évidente cliniquement dès le premier examen. Quelques cas de myélome multiple ont été ainsi révélés par une lésion maxillaire (STRASSBURG, CALMAN, etc...). Rappelons à ce propos le geste élémentaire qui consiste à passer les mains sur le cuir chevelu.

Le plus souvent, la dissémination est à rechercher, d'abord par un examen clinique général complet et attentif. Puis, on aura recours aux

examens paracliniques :

a) La recherche de la protéinurie thermo-soluble de Bence-Jones

On chauffe progressivement 10 cm3 d'urines filtrées acidifiées et salées. Un coagulum apparaît vers 50° à 60°, qui disparaît à l'ébullition, et réapparaît lors du refroidissement au-dessous de 60°.

Rappelons que la protéinurie de Bence-Jones a été signalée dans d'autres affections que le myélome multiple : leucémies myéloïde et lymphoïde, épithélioma métastatique des os, etc... Mais sa découverte chez un malade porteur d'une tumeur plasmocytaire est un signe certain de dissémination. Nous n'avons pu trouver qu'un cas de protéinurie de Bence-Jones chez un malade porteur d'un myélome solitaire (LUMB). Il s'agissait d'ailleurs d'une tumeur volumineuse et le malade est mort rapidement.

L'absence de protéinurie de Bence-Jones ne doit pas faire rejeter le diagnostic de myélome multiple : elle n'est en effet retrouvée que dans 60 à 65 % des cas.

b) L'hémogramme

Peut montrer une anémie, qui fait partie des signes de la maladie de KAHLER. Elle est généralement modérée et normocytaire, parfois grave et macrocytaire. Le nombre des leucocytes peut être normal, diminué ou augmenté. On trouve rarement des plasmocytes.

c) Le myélogramme

peut montrer une augmentation du taux des éléments de la lignée plasmocytaire.

d) La vitesse de sédimentation globulaire

est toujours très accélérée dans le myélome multiple.

e) L'hyperprotéinémie

dépasse habituellement 85 grammes par litre. La réaction de TAKATA est positive.

f) L'Electrophorèse des protéines

montre l'augmentation du taux des globulines, avec inversion du rapport A/G. Il s'agit le plus souvent d'une hypergammaglobulinémie, plus rarement de l'augmentation des bêta ou des alpha-globulines.

g) L'exploration radiologique

Il est classique de faire un examen radiologique complet du squelette. Les tumeurs siègent par ordre de fréquence au niveau des côtes, des vertèbres, du sternum, du crâne, du fémur, des os iliaques, des clavicules, mais n'importe quel os peut être atteint. Insistons sur la nécessité d'une lecture attentive des clichés, à la recherche de lésions minimes.

Mais, certains myélomes ont une dissémination extra-osseuse ; et l'exploration radiologique peut mettre en évidence des tumeurs viscérales. Citons par exemple :

- la radiographie pulmonaire,
- le transit baryté et le lavement baryté.

Lorsque tous ces examens sont négatifs, la tumeur peut être considérée comme isolée et l'intervention indiquée.

Il sera cependant nécessaire de surveiller régulièrement le malade après celle-ci et de répéter les examens car la dissémination peut survenir à n'importe quel moment.

-o-

P R O N O S T I C

La découverte d'un myélome multiple est pour le malade un arrêt de mort, dans un délai allant de quelques mois à deux ans.

L'évolution d'un plasmocytome solitaire est beaucoup plus variable.

Aussi, quelques auteurs pensent-ils que le plasmocytome solitaire et le myélome multiple sont deux entités nosologiques distinctes, que la lésion solitaire est bénigne et justiciable du traitement local (CHRISTOPHERSON et MILLER, HINDS, PLEASANT et BELL, etc...)

CLOPTON pense que la guérison peut suivre non seulement le traitement local, mais même une simple biopsie.

D'autres auteurs, comme BOYD, WHITLOCK et HUGHES, etc..., considèrent le plasmocytome isolé comme une variante rare du myélome multiple, justiciable d'un traitement local.

Certains, comme ENGLERT et PASQUEL, lui reconnaissent une malignité purement locale.

TAVERNIER et LECLERC proposent de classer ces tumeurs en :

a) tumeurs malignes, tantôt multiples et tantôt solitaires,

b) tumeurs solitaires à évolution lente, bénignes ou du moins de très faible malignité.

FIGI, BRODERS et HAVENS, LEMOYNE, CHOME et MORDRET, considèrent les plasmocytomes comme des tumeurs malignes.

MARCHAL et MALLET en font une forme clinique, à étapes successives et éloignées, du myélome multiple.

Selon HELLWIG, "l'opinion de quelques auteurs, qui considèrent le plasmocytome extra-médullaire comme fondamentalement semblable au myélome multiple, est aussi injustifiée que la position opposée, selon laquelle ces tumeurs sont en règle non cancéreuses. Si les tumeurs plasmocytaires sont observées pendant de nombreuses années, il devient évident qu'en règle elles débutent au niveau de la muqueuse, cette phase cliniquement non cancéreuse pouvant durer longtemps, parfois dix ans ou plus ; mais qu'à la fin, sans changement des caractères histologiques, l'affection devient généralisée. On ne peut établir avec certitude si la dissémination, quand elle apparaît, est le résultat de métastases ou d'une origine plurifocale".

En effet, une première possibilité évolutive est l'apparition, dans un délai variable après l'intervention (quelques mois dans un cas de DINI et GRAEV, 4 ans dans un cas de MARCHAL et MALLET, 10 ans dans un cas de OPPIKOFER, 15 ans dans un cas de JAEGER, 23 ans dans un cas de FIGI et BRODERS) d'une forme généralisée à type de myélome multiple, alors qu'il n'y a aucun signe au niveau de la cicatrice opératoire et des régions voisines. Tout se passe comme si le plasmocytome solitaire avait été un premier épisode de la maladie.

Selon STOUT et KENNEY, "les lésions du squelette ne sont pas de véritables métastases, mais plutôt de nouvelles lésions du même type que la tumeur primaire, le développement de ces lésions étant provoqué par un même facteur étiologique inconnu".

Une deuxième possibilité évolutive est l'apparition d'une récidive locale, suivie de généralisation. Dans ce cas, la période de latence

est plus brève (ESPOSITO et PETRONIO).

Ailleurs, le plasmocytome s'étend localement, "en tache d'huile". Là encore, une généralisation est possible.

La généralisation peut être uniquement viscérale, sans atteinte osseuse, ou précéder celle-ci.

Enfin, dans de nombreux cas, la maladie semble avoir été arrêtée par le traitement. Toutefois, dans la plupart des publications, le recul n'est pas suffisant pour pouvoir conclure de façon certaine à la bénignité de la tumeur.

En présence d'un plasmocytome buccal, dont le caractère isolé paraît probable, existe-t-il des arguments en faveur de tel ou tel mode évolutif ?

Nous devons reconnaître notre ignorance.

Il serait vain de vouloir fonder un pronostic sur des arguments tirés de l'étude histologique. Cinq des tumeurs non cancéreuses de HELLWIG avaient été considérées comme malignes à l'examen histologique, et cependant, après simple exérèse chirurgicale, il n'y eut pas de récidive après 18 ans. A l'opposé, des tumeurs dont l'aspect histologique plaidait en faveur de la bénignité, se sont révélées hautement malignes, avec tendance envahissante et dissémination (MORDRET).

Les meilleurs arguments pronostiques sont des arguments cliniques :

- l'âge et le sexe paraissent sans importance ;
- l'aspect de la tumeur a une certaine valeur : tendance envahissante, ulcération, nécrose, hémorragies ;
- l'existence d'adénopathies (s'il ne s'agit pas de ganglions purement inflammatoires) est de mauvais pronostic ;

- le siège de la tumeur est très important : ainsi, le plasmocytome de la face linguale de l'épiglotte est presque toujours malin d'emblée (PIQUET, BENOIT et PIQUET) ; le plasmocytome de la conjonctive, dont l'image histologique est semblable à celle de plasmocytomes qui se sont révélés malins, est toujours bénin. La localisation osseuse, ou juxta-osseuse de la tumeur primaire serait un facteur défavorable (SCHWARTZ, MORDRET). Les observations de plasmocytome buccal ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre d'établir une statistique valable. Nous rappellerons la statistique de HELLWIG, sur 64 plasmocytomes extra-médullaires des voies aériennes supérieures et de la cavité buccale :

27 "tumeurs solitaires non cancéreuses",
9 "tumeurs multiples non cancéreuses",
10 "tumeurs cancéreuses sans métastases",
9 "tumeurs cancéreuses avec métastases ganglionnaires",
6 "tumeurs cancéreuses avec métastases osseuses, et également ganglionnaires pour 4 d'entre elles".

-o-

T R A I T E M E N T

La constatation d'un plasmocytome isolé doit entraîner une sanction thérapeutique. Le traitement peut être chirurgical, physiothérapique ou associer les deux méthodes.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'excision d'une tumeur des tissus mous peut être difficile du fait d'un saignement abondant et des difficultés de l'hémostase. On pourra l'exécuter au bistouri électrique.

L'électrocoagulation paraît être une méthode de choix.

En présence de tumeur osseuse, certains auteurs se sont contentés de cureter les lésions ; d'autres ont fait une résection. Rappelons, en cas de résection partielle du maxillaire inférieur, les avantages que présente la reconstitution immédiate de la mandibule par une prothèse incluse, qui pourra éventuellement être enlevée secondairement et remplacée par un greffon.

TRAITEMENT PHYSIOTHERAPIQUE

La radiothérapie est la plus communément utilisée. A titre indicatif, nous citerons SCHWARTZ qui emploie une dose moyenne de 3.500 à 4.000 r sur la tumeur, répartis sur une période de 4 à 6 semaines, en plusieurs champs.

Le radium, le cobalt radio-actif, peuvent également être utilisés.

TRAITEMENT COMBINE

Nombre d'auteurs ont fait suivre l'intervention d'une irradiation. Cette décision a souvent été prise à la suite de la lecture d'un compte rendu histologique inattendu. Pour beaucoup, la combinaison chirurgie-irradiation post-opératoire, ou même irradiation-chirurgie-irradiation, semble être la méthode de choix.

-o-

C O N C L U S I O N S

- Le Plasmocytome apparemment solitaire est une tumeur rare, mais non exceptionnelle, de la muqueuse buccale et des maxillaires.

- A propos d'un cas récent de plasmocytome gingival diffus observé à l'Hôpital Saint-Louis, nous avons rassemblé quelques observations d'atteinte des gencives, de la langue, du plancher de la bouche, de la muqueuse jugale, de la muqueuse palatine et du voile du palais, des ganglions cervicaux, de la peau du visage et du cou, des lèvres, de la mandibule et du maxillaire supérieur, que nous avons retrouvées dans la littérature.

- Le diagnostic clinique est généralement impossible. On peut tout au plus envisager la possibilité d'un plasmocytome sur certains aspects cliniques ou radiologiques.

- Le diagnostic de tumeur plasmocytaire est apporté par l'histologiste. Cependant, la distinction avec certaines lésions inflammatoires ou tumorales peut être très difficile.

- L'histologiste ne peut différencier un plasmocytome solitaire d'un myélome multiple. Aussi le diagnostic histologique devra-t-il provoquer une nouvelle étude clinique et paraclinique attentive et complète à la recherche d'une éventuelle dissémination.

- L'absence de dissémination méthodiquement recherchée autorisera

le stomatologiste à entreprendre un traitement local, qui pourra être chirurgical, physiothérapique ou combiner les deux méthodes.

- Le pronostic ne peut être fixé avec certitude. Il doit être fondé, non sur des arguments histologiques, mais sur l'aspect clinique et le siège de la tumeur.

- Seule, une étude critique, groupant un assez grand nombre d'observations complètes, détaillées et suivies, pourra apporter plus de précision sur la place nosologique et le pronostic de ces tumeurs.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur DECHAUME

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ACKERMAN L.V. - Surgical Pathology, St-Louis, 1953, The CV Mosby Cy.

AGARWAL S.C. - Extramedullary plasmocytoma.
(Arch. of Derm., décembre 1956, 74, n°6, 679-680, Bibl.).

ALAGNA - Die Plasmazellen bei Ohren. Nasen und Kehlkopf Krankheiten
(Virch. Arch., 204, 1911).

ALAN C., LICHSTONE M.D., HARVEY J., COHEN, FLUSHING, (Ny) - Plasmocytic mucosal infiltrates in multiple myeloma.
(Arch. of Derm., 82, n°6, p. 123-921, 125-923, décembre 1960).

ALBERT P. - Deux cas de plasmocytome vertébral.
(Rev. espan. oto-Neuro. Oftalm. Neurocir., nov.-déc. 1951, 10, n°58, 407-415).

ALCOZER G., ANTOGNETTI P.F., GIORDANO G. - Un aspect particulier du poumon présentant un plasmocytome.
(Radiol. Med., sept. 1957, 43, n°9, 886-899, 19 fig., Bibl.).

ALMKNIST - Arch. Dermat. a. Syph., 58, 1911.

AMERISO J. and PICENA J. - Plasmocitoma de la amigdala.
(Rev. Otorrinolaring.littoral, 2, 175-177, 1943).

ANDERSEN P.E. - Extramedullary plasmocytomas.
(Acta. Radiol. 32, 365/374, 1949).

ANDERSON W.A.D. - Pathology. St-Louis, 1948, The CV Mosby Cy.

ANNAMUNTHODO H. et ROBERTSON W.B. - Plasmocytome primaire de l'estomac.
(Brit. J. Surg., mars 1959, 46, n°199, 449-453, Bibl.).

APITZ - Die Störungen des Eiweisstroppenwechsel beim Plasmocytom.
(Klin. Woch. 41, 1059, 1940).

APITZ - Die Paraproteinosen Über der Störungen desEiweisstroppenwechsel.
beim Plasmocytom.
(Virch. Arch., 1940, 306, 631).

APPAIX, AGRINDA et AYMARD - A propos d'un cas de Myélome.
(Annales d'otolaryngologie, 73, oct.-nov. 1956, p. 841).

ARAGONA - Arch. ital. anat. e. istol. Path., 7, 544, 1936.

AREL F. - Contributions to the study of extramedullary plasmocytoma.
(J. Internat. Coll. Surgeons, 9, 225-227, 1946).

ASCHOFF L. - Münchener mediz. Wschr., 53, 337, 1905.

AUBRIOT, WAYOFF - Un cas de plasmocytome de la trachée cervicale.
(Rev. Med. Nancy, 79, 13, 1954).

AUFSES A. - Myélome solitaire d'une côte.
(J. Mt-Sinai Hosp., sept.-oct. 1948, 15, n°3, 150-155, Bibl.).

BADER H. - Le myélome plasmocellulaire, en particulier en association
avec le réticulosarcome.
(Thèse, Berne 3 mars 1952, n°2).

BALDENWECK L. and PERROT N. - Cancer sinuso-nasal (Sarcome plasmocy-
taire ayant d'abord évolué sous les apparences d'une tumeur
amyloïde).
(Rev. Laryng. 54, 1267-1277, 1933).

BALDENWECK L., PERROT N. - Cancer du sinus nasal (myélome).
(Ann. Laryng., 59, 1267, 1933).

BALZANO I. - Sui plasmocitomi delle prime vie aeree.
(Rass. It. Oto-Rhino Laring., 1937).

BARBACCI - I tumori (Vallardi, Milano, 1915).

BARBONI et PISI - Cités par BOLOGNESI, Oto-Rino-Laring. Ital. 28, 1, p. 56, 1960).

BARGON N. et WEBER H.W. - Das Extra medulläre Plasmocytom der Oberen Luftwege.
(Zschr. Laryng., 35, juillet 1956, 444-451.).

BARKEY D.A. - Granulomes à cellules plasmiques du pharynx et du larynx.
(J. of Laryng. Otol., oct. 1959, 73, n°10, 685-687).

BARTON F. and FARMER DA. - Plasmocytoma of the thyroïd gland.
(Ann. Surg., 132, 304-309, 1950).

BASSET A. et SCAPIER J. - Monde Méd., 1937, 47, 7.

BATTAGLIA V. - Beitrag zur Kenntnis der Systemer-Krankungen des Knochenmarkes.
(Virch. Arch., 267, 106, 1923).

BAURMANN M. - (Arch. f. Opht., 1922, 108, 236).

BECK H.G. et Mac CLEARY S. - Jour. of the Am. Med. Assoc., 72, 480, 1919.

BENCE-JONES H. - Philosophical Tr. Roy. Soc. London, 1, 55, 1848.

BENITEZ SOTO L. - Nota acerca de un plasmocitoma solitario.
(Rev. Mex. Cir. Ginec. Cancer, 18, 324, 1950).

BERAUD Cl. - Deux cas de tumeurs crâniennes rares chez l'enfant. Plasmocytome maxillaire et réticulo-sarcome frontal.
(J. Radiol. Electrol., 1954, 35, n°5-6, 523-526, Bibl.).

BERBLINGER W. - Frankfurter Zeitschr. f. Path., 6, 112, 1910-11.

BERDAL P. - Plasmocytomes des sinus maxillaires.
(Nord Méd., 25 fév. 1949, 41, 369-371).

BERNARD Jean - Maladies du sang.
(Flammarion, éd. Paris, 1948, 397-413).

BESSIS et SCEBAT - Les Plasmocytomes.
(Revue d'Hématologie, 12, 6, 1947).

BLACKLOCK JWS and MACARTNEY C. - Plasmocytoma of the naso-pharynx.
(J. Path. et Bact., 35, 69-75, 1932).

BLUMENFELD L. - Plasma cell tumors of the nose and nasopharynx.
(Ann. Otol. Rhin. Laryng., 45, 436-446, 1936).

BÖHLER J. - Myélome solitaire de la colonne vertébrale.
(Zbl. Chir., 7 juin 1958, 83, n°23, 1199-1201).

BOIT H. - Ein Fall von Plasmocytom.
(Frankf. Ztschr. f. Path., 1, 172, 1907).

BOLOGNESI C. - Le plasmocytome solitaire extramédullaire.
(Oto-Rhino-Laring. Ital., 1959, 28, n°1, 56-71, 7 fig. (Bibl.)
(Résumé français).

BORDONE P. - Plasmocytome bénin du larynx.
(Otorinolaring. Ital. 1950; 146-151).

BORRI C. - Plasmomi delle fosse nasali e della faringe.
(Valsalva, 5, 416-424, 1929).

BORST - Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste.
(Hizel, Leipzig, 1924).

BOSELLINI - Sulle plasmacellule.
(Rend. Soc. Med. Chir. d. Bologna, 1901).

BOULET P., SERRE H., VEDEL A., MIROUZE J. et ROUJON J. - Forme initialement rénale de la maladie de KAHLER.
(Montpellier Méd., août 1953, 96, n°2, 118).

BOURGEOIS, HUET - Plasmocytome du larynx.
(Ann. O.R.L., 48, 166, 1929).

BOYD W. - Pathology for the surgeon, ed. 7, Philadelphia 1954, p. 576, WB Saunders Cy.

BOZZI E. - Diagnostic différentiel entre un plasmocytome et un granulome du sinus maxillaire.
(Arch. Ital. Otol., juillet-août 1949).

BRANZI A. - La ricerca delle plasmacellule nella polpa dentale normale.
(Sup al vol. LVI A. d. Soc. It. d. Anat. IX Conv. in Bologna ott. 47, Ed. Macri Firenze, 1948).

BRANZI A.- Contributo allo studio dei plasmocitomi del cavo orale.
(Rivista Ital. d. Stomatologia (Venise), Vol.4, n°10, 1081-1112, 1949).

BREHANT M. - Plasmocytome solitaire du tibia.
(J. Chir., 1941-42, 58, n°2, 98-104).

BRONZINI A. - Di un voluminoso granuloma plasmacellulare del naso.
(Arch. Ital. Otol., 39, 449-462, 1928).

BRONZINI E. - Plasmocitoma della laringe. Contributo casistico con rassegna della letteratura in argomento.
(Boll. Soc. Med. Chir. Pisa, 24, 424, 1956).

BROSS K. - Folia haemat., 1931, 45, 137.

BRÖSTE K.- Le plasmocytome des voies aériennes supérieures.
(Acta Oto-Laryng., 18, 31-40, 1932).

BRUCE K.W. et BOYER R.Q. - Myélome multiple survenu dans les maxillaires.
(Oral Surg., Oral Med., Oral Path., juin 1953, 6, n°6, 729-744, 9 fig., biblio.).

BRUCH E. - Doppelseitig symmetrische Myelomen der Schlaefenbeine und der Scheitelbeine.
(Arch. Ohren. usw. Heilk, 138, 37, 1934).

BRUNETTI F. - Contributo alla diagnosi e all'istogenesi dei plasmocitomi delle fosse nasali.
(Valsalva, 15, 141-163, 1939).

BÜCHS H. et EIFINGER F. - Le plasmocytome maxillo-facial.
(Deutsche zahn. Zschr., 1er mars 1961, 16, n°5, 433-442, 7 fig. (Bibliogr.).

BURFORD W.N. and ACKERMAN L.V. - Plasma-cell myeloma with involvement of the gum of the mandible.
(Am. J. Orthodondics, 31, 9, 541-543, 1945).

BYSTRZANOWSKA T. - Plasmocytoma jamy nosowo gardlowej.
(Polsk. Tyg.lek. 7, 927, 1952).

CODE S., SCARFF R.W., GOLDING F.C. et ADAMS S.B. - (1947, British J. Rad., 20, 10, 16, 1907).

CAJAL - Quelques antécédents historiques sur les Plasmazellen.
(Anat. Anz., Bd. 29, p. 666).

CALHOUN N.R. - Plasmocytome du maxillaire inférieur. Un cas de tumeur rare suivie trois ans après l'intervention.
(Oral Surg., av. 1961, 14, n°4, 315-330, 6 fig.).

CALMAN H. - Or. S., Or. M., Or. Path., 5, 1302, 1952.

CALVET J., CLAUX J., GAYRAL, RASCOL et CADENAT - Syndrôme de Garcin aigu par plasmocytome de la base du crâne.
(Rev. Oto-neuro-ophtal., 22, 481, 1950).

CAMERA A., PASQUALINI U. et PROVVISIONATO A. - Considérations anatomo-cliniques sur un cas de plasmocytome solitaire à siège gingival.
(Ann. di Stomat., mars 1961, 10, n°3, 195-208, résumé Fr.).

CAMPBELL C.M. Jr., and NEWTON F.C. - Plasmacytoma of upper part of respiratory passage.
(Arch. Path. 27, 1025-1029, 1939).

CAMPLANI M. - Contributo alla conoscenza radiologica delle alterazioni scheletriche del mieloma a tipo plasmocitario.
(Rad. Med., 28, 434, 1931).

CANESTRO C. - Mieloma multiplo con localizzazione otomastoidea.
(Riv. Oto-neuro-oftalm., 4, 128, 1927).

CAPPEL D.F. - The pathology of nasopharyngeal tumors.
(J. Laryng. et Otol., 53, 558-580, 1938).

CAPPEL D.F. et MATHERS R.P. - J. Laryng. et Otol., 1935, 50, 340.

CAPPEL D.F. et MATHERS R.P. - Plasmocytoma of the petrous temporal bone and base of the skull.
(J. Laryng. and Otol., 56, 300, 1947).

CAPPELLI P. - L'istogenesi del mieloma in referimento alla questione istogenetica delle leucosi.
(Arch. De Vecchi, 6, 443, 1944).

CARBONCINI et ALTANA - La reazioni iperplastiche del reticolo del midollo osseo in corso di cronica osteomielite. Considerazioni sulla origine delle plasmacellule dei plasmocitomi e della proteinogenesi midollare.
(Haematologica, 26, 1, 1944).

CARBONE G. - Plasmocytome solitaire du rachis.
(Policlinico (sez. Chir.), janv.-fév. 1957, 64, n°1, 29-44, 12 fig. (Bibl.) (résumé français).

CARLETTI - Ricerche sperimentali sull'origine dei plasmociti.
(Acc. Linc., 1911).

CASTOLDI P., SIRTORI C. - Considerazioni istologiche sopra alcuni casi di mieloma.
(Haematologica, 24, 423, 1912).

CHASE W.D. - Solitary myeloma mistaken for frontal sinusitis.
(Arch. Otolaryng., 48, 244-248, 1948).

CHESTERMAN J.T. - Plasmocytome solitaire des os longs.
(Brit. J. Surg., avril 1948, 35, n°140, 440, bibl.).

CHILDRESS W.G. et ADIE G.C. - Plasmocytome récidivant du poumon.
(J. Thor. Surg,, mai 1955, 29, n°5, 480-487, 9 fig. Bibliog.)

CHRISTIAN H.A. - Journ. of Experimental Med., 9, 325, 1907.

CHRISTOPHERSON W.M. et MILLER A.J. - A reevaluation of solitary plasma-cell myeloma of bone.
(Cancer, 3, 240-252, 1950).

CHURG J. and GORDON A.J. - Multiple myeloma : lesions of the extra-osseous hematopoietic system.
(Am. J. Clin. Path., 20, 934-945, 1950).

CLAIRBORN LN. et FERRIS HW. - Plasmacell tumors of nasal and naso-pharyngeal mucosa.
(Arch. Surg.,23, 477-499, septembre 1931).

CLARK G.O. - Plasmocytoma of larynx.
(J. of Laryng. Otol., juillet 1957, 71, n°7, 486-488).

CLOPTON J.W. - Plasmocytome extra-médullaire.
(Laryngoscope, février 1952, 62, n°2, 211-214, 3 fig.).

CONNOR CE. - Solitary extramedullary plasmocytoma : case report.
(Ann. Otol. Rhin. and Laryng., 55, 342-346, 1946).

CONNOR, CHASE - Solitary extramedullary plasmocytoma.
(Ann. Otol. Rhinol. andLaryng., 48, 244-248, 1948).

COOPER KG. - Plasmocytoma and Rhabstomyomaof the paranasal sinuses : pathologic and surgical considerations. Report of cases.
(Arch. Otolaryng., 20, 329-339, 1934).

COPPO M., BARATTA P.F. et BARIOLA C. - Macroglossie et papillomatose diffuse disprotidémiques par plasmocytome.
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 15-22 juin 1951, n°21-22, 859-962, biblio.).

CORREA A. et MELLO J.F. (de) - Plasmocytome du rhino-pharynx.
(Rev. Hôp. Chir., mars-avril 1954, 118-122).

COSACESCO A. - Le myélome chez les jeunes. Forme vertébrale initiale.
(Lyon Chir., Nov-Déc. 1948, 43, n°6, 677-684).

COSTEN J.B. - Plasmocytome : 1 cas.
(Laryngoscope, oct. 1947, 57, 671-675).

COSTEN J.B. - Le plasmocytome : un cas avec lésion originelle sur l'épiglotte et métastase au tibia.
(Laryngoscope, mars 1951, 61, n°3, 266-270, 2 fig., bibl.).

COSTEN J.B. - Plasmocytoma. Report of a case.
(Laryngoscope, 62, 671, 1947).

COSTINESCU N., POPOVICI O. - Contributii la clinical plasmocitomului rino-faringian.
(Oto-Rino-Laring., 3, 203, 1958).

COTTON B.H., PENIDO J.R.F. - Tumeurs à plasmocytes du poumon : relation d'un cas.
(Dis. Chest., février 1952, t.21, n°2, p. 218-221).

COURET J.S. - Extramedullary plasma cell tumor of the stomach ; a case report.
(Am. J. Clin. Path., 1946, 16, 213).

CUTLER M., BUSCHKE F. et CANTRIL S.T. - Course of single myeloma of bone.
(Surg. Gynec. and Obst., 62, 918-932, 1936).

DAJANI HW - Plasmocytoma of nose and nasopharynx.
(J. Palestine Arab, M.A.1, 15-17, 1945).

D'ALFONSO G. et PARRELLA M. - Les localisations pulmonaires dans la maladie plasmocytomateuse.
(Arch. Phtisiol., juillet 1961, 16, n°7, 210-223).

DALGAARD E.B. et DALGAARD J.B. - Plasmocytome solitaire évoluant en plasmocytome généralisé. Relation de 3 cas dans la colonne lombaire.
(ActaRadiol., mars-avril 1952, 37, n°3-4, 231-240, 6 fig. Biblio.).

DALLA VOLTA e GAMBERINI - Sopra un caso di granuloma plasmacellulare dell'intestino tenue di origine tubarica.
(Bull. d. Sc. Med., V, 10, 1922).

DALLA VOLTA A., PATRIZI C. - Linfogranulomatosi maligna.
(Ed. Vallardi, Milano, 1929).

DALRYMPLE J. - Dublin Quarterly Journal of Medical Science, N.S. 2, 85, 1846.

DAVIS G.D. et HAVENS F.Z. - Plasmacell myeloma of the mandible.
(Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 27 Octobre 1954, 29, n°22, 569-571).

DECHAUME M. - Précis de Stomatologie, Masson et Cie, 1949, p. 756.

DECHEN J., PICARD R., JAVEL R. et KERNEIS J.P. - Lésion plasmocytaire isolée de l'extrémité inférieure du tibia chez un jeune.
(Rev. Chir. Orthop., janvier-mars 1957, 43, n°1, 52-63).

DECOULX P. et RAZEMON J.P. - Plasmocytome du sacrum.
(Lille Chir., nov.-déc. 1956, 11, n°5-6, 296-300).

DEGOS R. et CHAPUT A. - Un cas d'hyperplasie diffuse des gencives chez une femme enceinte.
(Bull. Soc. Fr. Derm. Syph., 59, 35, 1952).

DENKER A. and KAHLER O. - : Handbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde : Vol. 5, Die Krankheiten der Luftwege und der Mundhohle, Berlin, Springer-Verlag, 1929, p. 162.

DESTRO G. - Plasmocitomi veri et processi inflammatori con plasmocitosi delle pareti del cavo orale.
(Min. Stomat., 4, 24, 1955).

DEUTSCHMANN F. - Ztschr. f. Augenh., 1912, 27, 242.

DE VECCHIS O. - Rinasc. Med., 4, 79, 1924.

DI DONATO - Il plasmoma tonsillare (Rinasc. Med. 12, 1925).

DI GUGLIELMO R. - Inquadramento citologico e clinico dei plasmocitomi.
(Sett. Med., 37, 107, 1949).

DI GUGLIELMO R. - Su i plasmocitomi.
(Nuntius Radiologico, 1949).

DI GUGLIELMO R., CORTI L. - Plasmocitoma extraosseo a lento sviluppo e a generalizzazione terminale.
(Haematologica, 33, nº7, 1023-1048, 1949).

DI GUGLIELMO R. - I plasmocitomi, Ed. Abruzzini, Roma, 1955.

DINI S., GRAEV N. - Aspetti rari e problemi annosi del plasmocitoma (con particolare riguardo alle forme solitarie della cavita nasale e alla nefroide).
(Arch. De Vecchi, 27, 957, 1958).

DIRR - Einiges über die Serumeiweisskörper und deren Bedeutung.
(Erg. inn. Med., 57, 360, 1939).

DOLIN S., DEWAR J.P. - Extramedullary plasmocytoma.
(Am. J. Path., 32, 83, 1956).

DOMINGUEZ C. et al. - Plasmocytome d'O'Kinealy et Seeber des fosses nasales.
(An. Fac. Med. Montevideo, 1948, 33, nº11-12, 1200-1207, 1 fig., biblio.).

DOMINICI - Sur l'origine des plasmocytes.
(C.R. de l'Ass. d'Anat., Lyon, 1901).

DRABE J. et BIENAS G. - Particularités histologiques du plasmocytome localisé ou généralisé du naso-pharynx.
(Arch. Ohren. Nasen Kehlkopfh., 1959, 175, nº2, 299-304,bibl.)

DUBOURG A. - Les traitements actuels des myélomes multiples.
(E.M.C., OS, 14024).

DUBREUIL G. et BAUDRIMONT A. - Manuel Théorique et pratique d'Histologie, 5ème édition, Vigot Frères, Paris, 1959.

DUNNER M. - Plasmocytome du manubrium sternal avec élaboration locale d'amyloïde.
(Schweiz. med. Woch., octobre 1946, 76, n°43, 1109-1110).

DUPERRAT B., PUISSANT A., MASCARO JM. et KUFFER R.- Plasmocytome gingival diffus.
(Bull. Soc. Fr. Derm., janvier-mars 1961, 68, n°1, 17-19).

DUVERNE J. et PRUNIERAS M. - Plasmocytome cutané malin à tumeur unique.
(Minerva derm., mars 1959, 34, n°3, 196-200, 9 fig. - texte français).

DUVERNE J., PRUNIERAS M., BONNAYME R. et VOLLE H. - Plasmocytome cutané malin à tumeur unique.
(Bull. Soc. Franç. Derm., avril-mai 1958, 68, n°2, 132-135).

DWORACEK H. et REIF R. - Deux cas de plasmocytome extramédullaire.
(Wien. klin. Wschr., 3 février 1956, 68, n°5, 86-88, bibliog.)

EHRLICH - Der Ursprung der Plasmazellen.
(Virch. Arch., 175, 1904).

ELLINGER A. - Deutches Archiv. für klinische Medizin, 62, 255, 1899.

EMSLIE, SMITH D., JOHNSTONE J.M., WHYTE I.C. - Plasmocytoma of nasopharynx.
(Jour. of Clin. Path., mai 1955, 8, 2, 104).

ENDE M.P.B., DARON L.K. et coll. - Plasma tumor of the stomach with report of a case.
(Radiology, 1950, 55, 207).

ENDERLEN et JUSTI - Beiträge zur Kenntniss der Unna-schen Plasmazellen.
(Deut. Zschr. f. Chir., 57, 1902).

ENGLERT R.J. et PASQUAL H.N. - Plasmocytome solitaire du maxillaire.
(Oral Surg., février 1958, 11, n°2, 209-212, bibl.).

ESPOSITO S. et PETRONIO L. - Contribution à l'étude des localisations primitives solitaires osseuses et extraosseuses du plasmocytome.
(Haematologica, 1959, 44, n°10, 909-940, 5 fig., 1 tabl. Importante bibliogr.) (résumé français).

EWING J. - Neoplastic diseases.
(W.B. Saunders C°, London, 4°éd., 1940).

EWING J. - A treatise on tumours.
(Ed.3, Philadelphia, 1928, p.321, W.B. Saunders C°).

EWING M.R., FOOTE Fr.W. - Plasma cell tumors of the mouth and upper air passages.
(Cancer, p. 499-513, 1952).

FABRE, LUCAS et ANDRE - Plasmocytome isolé du cavum.
(Ann. Oto-Laryng., décembre 1959, 76, n°12, 1097).

FACCHINI G.B. and SCALAS A. - Su di un caso di fibro-mixo-plasmocitoma della cavita nasale.
(Arch. Ital. Otol., 36, 331-342, 1925).

FERRAND J., MINICONI P., PHELINE Y. et BARSOTTI J. - Le plasmocytome "solitaire" gastrique.
(Presse Médicale, 22 février 1961, 69, n°8, 404-406, 6 fig. biblio.).

FERRAND J., PEGULLO J. - Plasmocytome bipolaire de la clavicule droite. Exérèse totale de la clavicule. Résultats cosmétique et fonctionnel parfaits.
(Afrique Franç. Chir., janv.-fév. 1957, 15, n°1, 85-87).

FERRATA - Le emopatie. Vol. I et II, Soc. Ed. Libraria, Milano, 1933.

FIGI F.A., BRODERS A.C. and HAVENS F.Z. - Plasmacell tumors of the upper part of the respiratory tract.
(Ann. Otol. Rhinol. and Laryngol., 54, 283-297, 1945, 132-138),

FINK K. - Medizinische W., 22, 812, 1955.

FIRSOVA P.P. et PILTSOV I.M. - Clinique des plasmocytomes du poumon.
(Klinitchescaïa (Moscou), 1957, 35, n°7, 98-102, 3 fig. bibliogr.).

FOÀ - Sulla produzione cellulare della infiammazione e in altro processi analoghi con particolare riguardo alle plasmacellule.
(Arch. It. d. Biol., 37, 205, 1902).

FOÀ - Manuale di Anat. Pat., U.T.E.T., Turin, 1922.

FORETIC V. - Plazmocitom nosa.
(Voj. San. Pregl. Beogr. 12, 301, 1955).

FORSTER G. et MOESCHLIN S. - Un plasmocytome extramédullaire leucémique avec dysprotéinémie et anémie hémolytique acquise.
(Schweiz. med. Wschr., 25 septembre 1954, 84, n°39, 1106-1110, Bibliogr.).

FOWLER E.P. - Multiple myelome involving the temporal bone.
(Laryngoscope, 48, 319, 1938).

FRANK A. - Verhandl. d. deutsch. Path. Gesellsch., 1913, 16, 115.

FRANK I. - Plasmocytoma of tonsil.
(Ann. Otol. Rhin. a. Laryng., 51, 22-28, 1942).

FRANKE R. et BAUMANN R. - Plasmocytomes des ganglions lymphatiques avec modifications cutanées.
(Arch. f. Derm., 1951, 192, n°6, 564-574, 5 fig. Bibl.).

FRUHLING L. et CHALDI A. - Tumeurs malignes de la moelle osseuse. Sarcomes plasmocytaires du squelette.
(Tome II, n°3, 1957, p. 325-402).

FUERSTE F. et ZUCKERMANN S.S. - Tumeurs plasmocytaires extramédullaires.
(Arch. Otolaryng., avril 1950, 608-615).

FURET Amp. - Les hyperplasies gingivales diffuses.
(Thèse Paris 1953).

GALIOTTO G.B. - Su di un caso di plasmocitoma multiplo benigno naso-faringo-laringeo.
(Boll. Mal. Orecch., 70, 476, 1952).

GALLI DELLA LOGGIA - Plasmocitoma delle mucose.
(Annali di Laringologia Otologia, Fac. V., 1957, p. 448-455).

GASBARRINI - Emoistioplasmocitoma.
(Gazz. d. Osp. e.d.Clin., 12-13, 1942).

GELIN G. - Myélomes atypiques.
(Sem. Hôp., 28, 1256, 1952).

GESCHICKTER C.F. - Primary tumors of the cranial bones.
(Am. Jour. Cancer, 26, 155, 1936).

GESCHICKTER C.F. et COPELAND M.M. - Arch. Surg., 16, 807, 1928.

GESCHICKTER C.F. - Tumors of the nasal and paranasal cavities.
(Am. J. Cancer, 24, 637-660, 1935).

GESCHICKTER C.F. and COPELAND M.M. - Tumors of bone.
(Ed.3 Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1949).

GILA G. et CASTO F. - Un cas de plasmocytome du sacrum.
(Minerva Ped. Orthop. 29 déc. 1955, 7, n°51-52, 1655-1663, 11 fig., biblio.).

GIRAUD P., MAESTRAGGI P. et MANGIAPAN T. - Cryptoleucose plasmocytaire avec tumeur costale chez un jeune nourrisson.
(Ped. 7, 1021-1024, 1951).

GOOTNICK L.T. - Solitary myeloma, review of 61 cases.
(Radiology, 45, 385, 1935).

GORDON J. et WALKER G. - Arch. of Path., 37, 222, 1944.

GREENFIELD M.M. - Malignant Plasmocytoma of the nasopharynx. Case of multiple myeloma primary in the nasopharynx.
(Radiology, 50, 661-665, 1948).

GRIMAUD R. et WAYOFF M. - Considérations anatomo-cliniques à propos de 2 cas de plasmocytomes extramédullaires (trachée et amygdales).
(Ann. Oto-Laryng., décembre 1959, 76, n°12, 1111-1114).

GSELL - Die Bedeutung der Serumeiweisskörper und Knochenmarkveränderungen.
(Klin. Wochr., 178, 1936).

GUICHARD A. - Variétés extra-osseuses et formes frontières du myélome osseux multiple.
(Rev. Lyonnaise Méd., mai 1957, 6, n° spécial, 353-360).

HAGELSTAN L. - Plasmocytome vertébral solitaire causant une paraplégie. Résultats satisfaisants de la radiothérapie sur la paraplégie et les globulines sériques. Relation de cas.
(Acta Chir. Scand., 23 sept. 1955, 109, n°5, 384-394, 6 fig., bibliog.).

HAJEK H. - Cystadenoma in frontal sinus.
(Passow-SchäfersBeitr., 23, 465, 1926).

HAJEK M. - Laryngo-rhinology and general medicine (semon lecture).
(J. Laryng. et Otol., 44, 3-16, 1929. Laryngoscope 39, 75-90, 1929).

HAMPTON J.M. et GANDY J.R. - Plasmocytome de l'estomac et de l'intestin.
(Ann. Surg., mars 1957, 145, n°3, 415-422, bibl.).

HARMSEN K. - Plasmocytoma in bronchi.
(Wien. Lar. u. Rhin., Ges. 7, 183, 1928).

HARVEN, MUDORCH, CAHEN - Plasmocytome multiple des os.
(Bull. Assoc. Cancer, 16, 287, 1927).

HAVENS F.Z. et PARKHILL E.M. - Arch. Otolaryng., 1941, 34, 1113.

HEATLY C.A. - Tumeurs primaires à plasmocytes des V.A.S. et particulièrement du sinus maxillaire (Primary plasma cell tumors of the upper air passages with particular reference to involvement of the maxillary sinus).
(Ann. Otol. Rhin. Laryng., 62, 289-306, juin 1953, 132-148).

HECKNER F. - Plasmocytome extramédullaire lymphatique.
(Acta Haemat., mars 1951, 5, n°3, 158-168, 6 fig. bibl.).

HEDIGER - Frankfurt. Ztschr. f. Path., 7, 343, 1911.

HEFFERMANN A. - Plasmocytoma of pancreas and duodenum causing acute intestinal obstruction.
(Lancet, 1, 910, 1947).

HEILMANN D. - Un plasmocytome dans un foyer d'ostéomyélite chronique avec ostéite déformante de Paget simultanée.
(Münch. med. Wschr., 25 octobre 1957, 99, n°43, 1586-1588, 6 fig., bibl., (résumé français).

HEINDL A. Jr.- Fall von Plasmozytom. Monatsschr. Ohrenh., 67, 878-880, 1933.

HELLWIG C.A. - Extramedullary plasma cell tumors as observed in various locations.
(Arch. Path., 1943, 36, 95, 96-111).

HENAULT M. et LAUFER J. - Manifestations buccales des hémopathies.
(Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Stomatologie, 1960, page 22050 A^{10} 4).

HENNING - Med. Klin., 16-5-1936.

HILL L.D. et WHITE Jr. M.L. - Le plasmocytome du poumon.
(J. Thor. Surg., fév. 1953, 25, n°2, 187-193, 3 fig. bibl.).

HINDS E.C., PLEASANTS J.E. et BELL W.E. - Solitary plasma cell myeloma of the mandible.
(Oral Surg., février 1956, 9, n°2, 193-202, 8 fig., bibl.).

HIRSCHER H. - A propos d'un plasmocytome extramédullaire lympho-réticulaire diffus.
(Fol. Haemat., 1953, 72, n°1, 74-86, 7 fig., bibl.) (résumé français).

HODARA - Note relative aux recherches de UNNA sur les diverses variétés de cellules conjonctives avec démonstration microscopique.
(Ann. Derm. Syph., 6, 1895).

HODARA - Y a-t-il des cellules plasmatiques (Plasmazellen) dans les organes hématopoïétiques normaux de l'homme ?
(Ann. Derm. Syph., 6, 1895).

HODGE G.H. et WILSON T. - Plasmocytome extramédullaire du larynx.
(Canad. Med. Ass. H., août 1948, 165-166).
(Extramedullary plasmocytoma of the larynx).

HOFFMANN W. - Zschr. f. Augenh., 1925, 55, 164.

HOLLAND D.J. - Plasmocytoma of the palate.
Or. S., Or. M. a. Or. Path., 8, 1218, 1955).

HOLM E. - A case of orbital plasmocytoma.
(Acta Ophtalm., 10, 334, 1932).

HOLMGREN G. - Diagnose, Behandlung und Prognose der malignen Oberkiefertumoren.
(Ztschr. Laryng. Rhin. Otol., 16, 8-20, 1927.

HÖRBST L. - Ueber das Plasmozytom des Nasenrachenraumes.
(Monatsschr. für Ohrenheilk.).

HOWARTH A. - Plasmocytoma of the upper respiratory tract with five case reports.
(J. Laryng. Otol., novembre 1955, 69, n°11, 697-708, Bibl.).

HÜCKEL R. - Über ein plasmocytom des Nasenrachenraumes.
(Arch. path. Anat., 264, 172-180, 1927).

HUËT et FABRE - Plasmocytome du massif facial.
(Ann. Oto-Laryng., 1951, 68, n°2-3, 189-192).

HUET P.C. et PICARD L., VILLEDROUIN J. et LOISILLIER F. - Plasmocytome isolé sous-maxillaire.
(Ann. Oto-Laryng., oct.-nov., 1956, n°10-11, 861-863).

INTROZZI P. - Mielosi globale pseudo-aplastica.
(Haematologica, 7, 35, 1926).

INTROZZI P. - I. Granulomi. - In Ferrata A. : Le emopatie.
ed. SEL Milano, 1936.

ITTERSON (Van) C.J.A. - Un lymphoblastome ou plasmocytome du rhino-pharynx.
(Ann. Oto-laryng. 1, p. 623-625, 1934).

IZARN P., EMBERGER J.M. et POURQUIER H. - Remarques cliniques et biologiques sur deux cas de plasmocytomes localisés (Vertèbre, Bassin).
(Montpellier Médical, juillet-août 1959, 56, n°1, 54).

JACKSON H. Jr., PARKER F. Jr. and BETHEA J.M. - Studies of diseases of the lymphoid and myeloid tissues. II : Plasmocytomata and their relation to multiple myelomata.
(Am. J.M. Sc., 181, 169-180, 1931).

JACKSON H., PARKER F. - Hodgkin's disease and allied disorders.
(Ed. Oxford University Press, New York, 1947).

JACQUES A.M. - Les plasmocytomes solitaires du maxillaire supérieur et de l'os malaire. A propos d'une observation. Leurs rapports avec la maladie de KAHLER.
(Thèse, Paris, 1957, n°323, 41 pages).

JAMES W.M. - Am. J. Opht. , 1929, 12, 731.

JAY H.M. - Plasmocytoma of nasal septum.
(J. Laryng. Otol., sept. 1955, 69, n°9, 625-626).

JAEGER E. - Das extramedulläre Plasmocytom.
(Ztschr. Krebsforsch., 52, 349-383, 1942).

JEQUIER-DOGE E., NICOD J.L. et CHAPUIS J.P. - Un cas de plasmocytome à localisation ganglionnaire observé cliniquement pendant plus de 6 ans et contrôlé anatomiquement.
(Schweiz. med. Wochschr., 77, 186, 1947).

JEUNE, CARRON et BADON - Leucose à plasmocytes avec tumeurs maxillaires leucoblastiques chez un enfant de 6 ans.
(Pédiatrie, 1954 (cité par BERAUD).

JOANNOVICZ - Ueber das Vorkommen die Bedeutung und die Herkunft der Unnaschen Plasmazellen bei verschiedenen pathologischen Prozessen.
(Zeitsch. f. Heilk., Bd 20, 1908).

JORDAN L.W. - Tumeurs rares de la zone amygdalienne.
(Laryngoscope, juin 1958, 68, n°6, 1044-1056, 6 fig. Bibl.).

KAHLER O. - Wien. med. Wochschr., 30, 209-253, 1889.

KANE A.A., MILES J.E. et EROS G. - Plasmocytoma of lip.
(New York State J. Med., 15 mai 1952, 52, n°10, 1327-28).

KARDOS Z. - Solitär plasmocytoma a felsö légutakban.
(Mag. Sebészet., 7, 235, 1954).

KAUFMANN E. - Pathology for students and practitioners, translated by S.P. Reimann, New York, Blakiston Company, 1929, Vol. 1, pp. 272 and 675.

KAUFMAN J. - Isolated myeloma in 14 years old boy.
(Am. J. Surg., 69, 129, 1945).

KISSEL P., HARTEMANN P. et PERSON H.C. - Le plasmocytome vertébral solitaire et ses manifestations nerveuses.
Gaz. Méd. France, 10 octobre 1957, 64, n°19, 1559-1561).

KLIMA - Die Sternalpunktion und Knochenmarkbild bei Blutkrankheiten.
(Erg. ges. Med., 22, 19, 1937).

KNIGHT L.L. - Plasma cell tumors of the paranasal sinuses. Report of 2 cases.
(J. Tennessee M.A., 43, 226-229, 1950).

KOMASU T. - Plasmocytoma of paranasal sinus.
(Otolaryng., (Nippon Zibi Inkoka Kaiho), 28, 740, 1956).

KORKIS F.P. - Plasma cell tumours of the upper respiratory tract. Case report.
(J. Laryng. Otol., 68, 8 août 1954, 517-522).

KREIBIG W. - Ueber die Plasmocytom der Bindehaut.
(Arch. f. Opht., 131, 89, 1933).

KROMPECHER - Beiträge zur Lehre von den Plasmazellen.
(Zeiglers Beitr., 1918).

KULEY M. et KUNTMAN O. - Un cas de plasmocytome du poumon.
(Dis. Chest., février 1951, 19, n°2, 227-233).

KULEY M. et KUNTMAN O. - A propos d'un plasmocytome du poumon.
(Bull. Soc. Turq. Med., septembre 1949, 93, n°9, 464-471, bibl.).

KUSDNOKI M. et FRANK - Über ein plasmazellüläres Granulom unter dem klinischen Bilde von Lymphomen der Halslymphdrüsen und

geschwülstartigen Knoten in der Nasenschleimhaut.
(Arch. path. Anat., 212, 391-404, 1913).

LALLEMANT, FABRE et RAMPIN J. - A propos d'un plasmocytome isolé du cavum.
(Ann. Oto-Laryng., décembre 1959, 76, n°12, 1131-1132).

LANE S.L. - Plasmocytoma of the mandible.
Oral Surg., 5, 434-442, 1952).

LAUB L. - Multiple plasmocytoma of the upper air passages.
(Orvosi hetil, 77, 857-858, 1933).

LAYANI F., ASCHKENASY A. et NADAL R. - Paraplégie, manifestation initiale d'un plasmocytome reconnu par ponction de l'apophyse épineuse. Guérison neurologique par radiothérapie.
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1952, 68, n°32-33, 1186-1191).

LEBOURG L. - Suites cicatricielles et dentaires d'un plasmocytome.
(Rev. Stomat., janvier-février 1960, 61, n°1-2, 48).

LEEMAN C. - Une tumeur sarcomateuse nasopharyngée rare.
(Praticta otorhinolaryng. 1952, 19, n°4-5, 289-293, 3 fig.)

LEINBROCK A. - Das Plasmocytom une seine pathologischen Hautveränderungen. Der Hautarzt (9, 6, p. 249-259, juin 1958).

LEMANAGER J., FEUIHLING L., PORIN J., HAMON L. - Plasmocytome de la trachée.
(J. Fr. Méd. et Chir., Thor., 12, 66, 1958).

LEMOINE J. et BORST - Plasmocytome du massif facial.
(Ann. Oto-Laryng., 1952, 69, n°11-12, 703-6).

LEMOINE J., CHOME J., MORDRET Y. - Plasmocyto-sarcome des fosses nasales.
(Arch. Anat. Pathol., 5, 468, 1957).

LEMOYNE, CHOME, MORDRET - Plasmocyto-sarcome des fosses nasales.
(Société Anatomique de Paris,Compte Rendu de séances du 6 décembre 1956, Presse Médicale, 9-11-1957, p. 257).

LEMOYNE J., FLEURY, CHOME et MORDRET Y. - Plasmocytome isolé du cavum.
(Ann. Oto-Laryng., septembre 1958, 75, n°9, 683-692, bibl.).

LEROUX Max - Les plasmocytomes des voies aériennes supérienres.
(Thèse Paris, 1936).

LEROUX, LALLEMANT et DELARUE - Plasmocytome de la trachée.
(Annales O.R.L., n°2, février 1931, p. 200).

LEWIN H. et STEIN J.M. - Myélome solitaire à cellules plasmiques avec néoformation osseuse.
(Am. J. Roentgenol., avril 1958, 79, n°4, 630-637, 7 fig. Bibl.).

LEWIS H.M., HENSCHEL E.J. et FRUMESS G.M. - Plasmocytome extramédullaire.
(Compte rendu d'un cas) - (Arch. derm. Syphil., avril 1851, 63, n°4, 474-477, 1 fig.).

LICHTENSTEIN L. et JAFFE H.L. - Multiple myeloma.
(Arch. Path., 44, 207-246, 1947).

LIEBERMANN R. et SAGI T. - Plasmocytome épipharyngé.
(Arch. Ohren. Nasen. Kehlkopfh., 24 septembre 1958, 172,n°5, 444-450, Bibl.).

LOPEZ, VILLORIA L. - Tumores malignos de la region nasofaringea : Linfosarcoma de la nasofaringe Plasmocitoma solitario de la pared anterior de la nasofaringe.
(Rev. San. y asist. Social, 15, 31-62, 1950).

LORENTZ de HAAS A.M. - Een solitaire, Myelogene tumor van de schedel.
(Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1, 287, 1949).

LORENZEN U.K. - Un cas de plasmocytome de l'orbite.
(Klin. Monat. Augenh., 1958, 132, n°5, 731-735, bibl.).

LOWENHAUPT E. - Am. J. of Path., 21, 171, 1945).

LUMB G. et PROSSOR T.M. - Plasmacell tumors.
(J. Bone a. Joint Surg., 1948, 30, -B, n°1, 124-152).

LUNGHETTI B. - Su di alcune particolarita istologiche rilevate nello studio di un caso di mieloma multiplo delle ossa.
(Clin. Med. It., 51, 359, 1912).

McCALL J.W. et BAILEY C.H. Jr. - Plasmocytome extramédullaire des voies respiratoires supérieures.
(Ann. of Otol. Rhin. Laryng., septembre 1960, 69, n°3, 906-917, 6 fig. Bibl.).

McINTYRE W. - Medico-Chirurgical Transactions, 33, 211, 1850.

McNAMARA Wl., ROGERS Rj. - Extramedullary plasma cell tumor of the tonsil with metastasis.
(Arch. Path., 89-90, 1943, 36).

McQUISTON R.J. et JONES D.E. - Plasmocytome extramédullaire de la cavité nasale et de la paroi latérale du nez.
(Arch. of Otolaryng., avril 1959, 69, n°4, 457-458).

MAGNUS-LEWY - Zeit. f. physiol. Chemie, 30, 200, 1900.

MAGUDA T.A. et MAIDEN S.D. - Plasmocytoma of nasal cavity.Case report.
(Arch. Otolaryng., 51, 258-262, février 1950).

MANCUSI-MATERI G. - Considerazioni su un caso di plasmocitoma solitario atipico della mandibola.
(Giorn. It. Chir., 10, 274, 1954).

MARCHAL G., MAHOUDEAU D., DUHAMEL G. et DAUM S. - Myélome solitaire et cryptoleucose à plasmocytes. Transformation en réticulo-sarcome.
(Presse Méd., 28 avril 1954, 62, n°31, 662-665, 10 fig. Bibl).

MARCHAL G. et MALLET L. - Diffusion par étapes successives de myélomes localisés.
(Sang, 1944-1945, 16, n°8, 555-564, bibl.).

MARCHAL G. et MALLET L. - Considérations sur les formes anatomo-cliniques du myélome multiple des os.
(Bull. Med., 14, 167, 1944).

MARCHAL G. et MALLET L. - Les conceptions actuelles sur le myélome multiple des os.
(Le Sang, 21, n°1, 1-28, 1950).

MARCHAL G. et MALLET L. - Un cas de myélome multiple des os à hémo-histioblastes.
(Le Sang, 16, n°6, 384-388, 1944-1945).

MARCHAND - Ziegler's Beitrag, tome IV, cité par FERRATA.

MARESCH R. - Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch., 1909, 13, 257.

Von MARSCHALKO T. - Über die sogenannten Plasmazellen : ein Beitrag zur Kenntnis der Herkunft der entzündlichen Infiltrationzellen.
(Arch. Dermat. u. Syph., 30, 3-52, 241-282, 1895).

MARSCHALKO (von) T. - Die Plasmazelle in Rhinoskleromgewebe.
(Zent. f. allg. Path.).

MARTELLI - Plasmocitoma e plasmocitomi uterini.
(Rinascenza Med., 5, 1929).

MARTINOTTI L. - Un caso di plasmocitoma multiplo della vulva.
(Haematologica, I 387, 1909).

MARTINOTTI L. - La questione del passagio delle "plasmazellen" nel sangue.
(Pathologica, 1910).

MARTINOTTI L. - Sul comportamento delle "plasmazellen" e dei vasi nei gangli linfatici in seguito al taglio dei nervi.
(Arch. Scienze Med., 1910).

MARTINOTTI L. - Le plasmacellule.
(Giorn. It. d. Malatt. ven. e. d. pelle., 1910).

MASI P.L. - Mielomatosi multipla a primitiva localizzazione mandibolare.
(Riv. It. Stomat., 10, 142, 1955).

MASSON P. et WOLF U. - Contribution à l'étude des plasmocytomes.
(Bull. Ass. Franç. étude Cancer, 9, 331-344, 366-367, 1920).

MATHIESON R. - Primary plasmocytoma of trachea. Report a case.
(Sco. Med. J., 1, 300, 1956).

MATTICK W.L. - Plasmocytome : 1 cas rare avec extension progressive à l'anneau de Waldeyer, au larynx, aux bronches et à la plèvre.
(Arch. Otolaryng. février 1950, 263-371).

MATTICK W.L. et THIBAUDEAU A.A. - Extramedullary plasmacell tumor of the upper air passages, with report of a case.
(Amer. J. Cancer, 23, 513-521, 1935).

MAURER R. - Plasmocytome multiple des voies respiratoires supérieures.
(Zschr. Laryng. Rhin. Otol., février 1951, 30, 63-69).

MAXIMOW A.A. - The lymphocytes and plasmacells, in special cytology. The form and functions of the cell in health and disease, edited by E.V. Cowdry, New York, Paul B., Hoeber, Inc. 1928, vol. 1 p. 319-367).

MAXIMOW - Experimentale Untersuchungen über die entzündliche Neubildung von Bindgewebe.
(Ziegler's Beitr., 1912).

MAY E., ANDRE et CAINE - Plasmocytome de la thyroïde.
(Ann. Oto-Laryng., décembre 1950, 826-828).

MELOY T.M. - Lésion mandibulaire en tant que première manifestation du myélome multiple.
(Am. J. Orthod. Oral Surg., novembre 1945, 31, n°11, 685-689, 6 fig., bibl.).

MENZEL Karl M. - Le plasmocytome de la muqueuse des voies respiratoires et digestives supérieures.
(Schweiz. med. Wschr., t. 71, n°25, 21 juin 1941, pp. 758-761, Schweiz. med. Wschr., t.71, n°26, 28 juin 1941, pp. 794-796, bibl.).

MERCHANT F.T. - Myélome solitaire d'une côte, simulant une tumeur médiastinale.
(Surgery, février 1952, 31, n°2, 285-290, bibl.).

MERKLEN, DUCOURTIOUX et MORIN - A paraître dans Bulletin Soc. Fr. Derm.

MERRITT S.W. Jr. - Plasmocytoma of the gastro-intestinal tract.
(Ann. Surg., 1955, 142, 881).

MEYNARD J. - Un cas de maladie de KAHLER à début malaire.
(Ann. Oto-Laryng., juillet-août 1957, 74, n°7-8, 562-565).

MICHAELS N.A. - Arch. Path. 11, 755, 1931.

MICHAELS N.A. - Arch. Path., 1931, 11, 775.

MIGNANI G. - Plasmocytome de la colonne vertébrale avec compression médullaire.
(Arch. "Putti", 1956, 7, 170-176, bibl., résumé franç.).

MILIAN G. - Plasmocytome de la langue.
(Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 55, 908-916, 1939).

MOELLER J. - La question des troubles fonctionnels rénaux dans le cas de plasmocytome.
(Klin. Wschr., 15 août 1955, 33, n°31-32, 741-743, bibl.).

MONTPELLIER H., CHOUSSAT H. et SEURAT - Algérie Médicale, 1938, 42, 395.

MORDRET, J. PAILLER et DULAC G. - A propos d'un cas de maladie de KAHLER.
(Annales d'Oto-Laryng., 1955, 72, n°11-12, p. 894).

MORDRET Y.J.M. - Plasmocytomes extramédullaires des voies aériennes supérieures.
(Thèse, Paris, 1958, n°78, 74 p.).

MORISON J.E. - Jour. of Path. and Bact. 53, 403, 1941.

MOSS W. et ACKERMAN L.V. - Plasma cell leucemia.
(Blood, 1, 396-406, 1946).

NAEGELI - Blutkrankheiten und Blutdiagnostik.
(Anfl. Berlin, 1923).

NAVARRO-SANCHE F. - Odontoiatria, 9, 105, 1952.

NEGRI M. et OTTAVIANI A. - Considérations sur un cas de plasmocytome du rhino-pharynx.
(Oto-Rhino-Laring. ital., 1960, 324-337, bibl. résumé franç.).

NEMOURS, PERROT et CROCQUEFER - Plasmocytome du maxillaire supérieur opéré et traité par radiothérapie il y a plus d'un an.
(Rev. Stomatol., 33, 495-497, 1931).

NEMOURS, PERROT et CROCQUEFER - Plasmosarcome du maxillaire supérieur.
(Rev. Stomat., 33, 457-463, 1931).

NEUMANN H. - Myelom des Ohres.
(Zentbl. H. N. O., 14, 720, 1930).

NEUMANN H. - Doppelseitiges symetriches Myelom des Schlafenbeines.
(Arch. Ohr. Nas., 22, 229, 1929).

NEW G.B. and CHILDREY I.H. - Tumors of the Tonsil and Pharynx (357 cases) III. Malignant tumors exclusive of adenocarcinoma and the mixed tumor type (220 cases).
(Arch. Otolaryng., 14, 713-730, 1931).

NEW G.B. and HARPER F.R. - Plasma cell myeloma of the pharynx and cervical region without skeletal involvement.
(Arch. Otolaryng., 16, 50-54, 1932).

NICOLA C.P. (De), FERREIRA J.A. et BERAMENDI J.M. - Plasmocytome glandulaire du cou.
(Bol. y Trab. Acad. Argent. Cir., 31 octobre 1951, 612-620).

NICOLESCU V. - Rev. San. Mil. Bucuresti, 1937, 36, 999.

OLTERSDORF N. - Das Schleimhaut Plasmocytom. Zeitschrift fur Laryng.
(Zschr. Laryng. juillet 1955, 425-431, - Rhin. Otol., 34-425, 1955).

OPPIKOFER E. - Beitr. z. Anat. Physiol. u. Therap., 23, 574-594, 1926.
(Das Plasmozytom).

PALLESTRINI E. - Su di un plasmoma atipico e maligno del naso.
(Arch. Sc. Med., 51, 175-182, 1927).

PAPPENHEIM A. - Unsere derzeitigen Anschauungen über Natur, Herkunft und Abstammung der Plasma zellen und über die Entwicklung der

Plasmazellfrage.

(Folia Haemat., 4, 206-214, 1907).

PAPPENHEIM A. - Wie verhalten sich die Unnaschen Plasmazellen zu Lymphozyten ?

(Virch. Arch., vol. CLXVI, 1909).

PAPPENHEIM A. - Eine neue chemisch-elektive Doppelfärbung für Plasmazellen.

(Monatsch. f. prakt. Derm., 82-1901).

PAPPENHEIM A. - Plasmazellen und Lymphozyten in Genetischer und Morph.

(Monats. f. prakt. Derm., 82, 1901).

PAPPENHEIM A. - Weitere kritische Ausführungen zum gegenwärtigen Stand der Plasmazellenfrage.

(Virch. Arch. d. path. Gesell. IV, 1902).

PARAKHONOAK W.I. - Plasmocytome de l'estomac.

(Khirourguia (Moscou), 1958, n°5, 123-124, 1 fig.).

PARKES M. et BURTOFF S. - Plasmacell tumors simulating bilateral maxillary sinusitis (Tumeur à plasmocytes simulant une sinusite maxillaire bilatérale).

(Arch. Oto-laryng., novembre 1949, 666-668).

PASCHEFF C. - Arch. f. Opht., 1908, 66, 114.

PASCHEFF C. - Arch. of Opht., 1911, 71, 569.

PASCHEFF C. - Klin. Monatsbl. f. Aug. 1939, 103, 54.

PATEK A.J.J. et CASTLE W.B. - Am. J. of the Med. Sciences, 191, 788, 1936.

PAUL L.W. et POHLE E.A. - Radiology, 35, 651, 1940. Zieglers Beitr. 34, 1904.

PERRINO A. - Plasmocytome de la cavité rhinopharyngée.
(Vasalva, avril 1954, 116-122, 30, n°2).

PHILIP R., LEGER H., KAIBEL F. et PFEIFFER C. - Plasmocytome de l'ethmoïde.
(Rev. Laryng., mai-juin 1960, 81, n°5-6, 440-444).

PHILIP R., LEGER H., KAIBEL F. et PFEIFFER C. - Plasmocytome de l'ethmoïde.
(J. Méd. Bordeaux, août 1960, 137, n°8, 858).

PIATTI A., PASINI C. - Granuloma-plasmocitoma delle prime vie aeree.
(Arch. It. Otol., 69, 412, 1958).

PIMENTA de MELLO R. et BALLINI I. - Plasmocitoma.
(O Hospital 57, 5, p. 909-914, mai 1960).

PINEY A. and RIACH J.S. - Multiple myeloma : Aleukaemic and Leukaemic.
(Folia Haemat., 46, 37-58, 1931).

PIQUET A., BENOIT P. - Les plasmocytomes du larynx et de la trachée.
(Ann. Oto-Laryng., 75, 969, 1958).

PIQUET J., BENOIT M. et PIQUET J.J. - Les plasmocytomes du larynx et de la trachée.
(Ann. Oto-Laryng., juillet-août 1959, 76, n°7-8, 629-653, bibl.).

PIRKEY W.P. - Metastatic multiple myeloma of the larynx.
(Laryngoscope, 67, 85, 1957).

PLENK a. PRETL K. - Peripheres endobronchiales Plasmozytom der Lunge mit Osteopathia hyperthrophians.
(Wien. med. Wschr., 6, 450, 1953).

POHL W. - Un plasmocytome consécutif à des lésions par irradiation.
(Med. Klin., 7 octobre 1960, 55, n°41, 1839-1842, bibl.).

POLI - Ricerche sulle emoproteinogenesi midollare.
(Lo sperimentale, 455, 1939).

POLICARD A. et COLLET A. - Physiologie du tissu conjonctif normal et pathologique.
(Masson, 1961).

POLLOCK F.J. - Plasmocytoma of the nose and nasopharynx.
(Arch. of Otolaryng. Chicago, 3 mars 1934, 311-317).

PORCILE - Untersuchungen über die Herkunft der Plasmazellen in der Leber.

PRIEST R.E. - Extramedullary plasma cell tumours of the nose pharynx and larynx : report of a case.
(Laryngoscope, mars 1952, 62, n°3, 277-283, 4 fig., bibl.).

RADOS A. - Ztschr. f. Augenh., 1913, 29, 125.

RAVEN R. et WILLIS R. - Plasmocytome solitaire de la colonne vertébrale.
(J. Bone joint surg. (Brit-vol) août 1949, 31-B, n°3, 369-375, Bibl.).

RAWSON A.J., EYLER A. et HORN R.C. - Plasmacell tumors of upper respiratory tract. Clinic and pathologic study with emphasis on the criteria for histologic diagnosis.
(Amer. J. Path., 26, 445-461, may 1950).

REDDY D.J. et coll. - Plasmocytome gingival.
(J. Indian Med. Prof., janv. 1956, 2, n°10, 942, bibl.).

REIF K. - Ein Fall von extramedullären Plasmozytom.
(Monat. für Ohrenheilk und Laryngo-Rhinol., 89, 313, 1955).

RIBET M., MAIGNIE P. et LEMERLE P. - Aspect inusité d'un plasmocytome de l'humérus.
(Lille Chir., mai-juin 1956, 11, n°3, 194-197).

RINGERTZ N. - Pathology of malignant tumors arising in the nasal and paranasal cavities and maxilla.
(Acta Oto-Laryng., Suppl. 27, 1, 1938, 234-249, et 382-387).

ROBSON A.O. et KNUDSEN A. - Plasmocytome du poumon et de l'estomac.
(Brit. J. Dis. Chest., janvier 1959, 53, n°1, 62-767, 7 fig. biblio.).

ROGERS H. - Brit. Jour. of Surg., 17, 518, 1929-30.

ROGERS J.T. - Plasmoma of the nasopharynx.
(Canad. M.A.J., 10, 223-224, 1920).

ROHR - Der menschliche Knochenmark. Thieme Leipzig, 1940.

ROLLIN J.L. - Ztschr. f. Augenh., 1937, 93, 181.

ROSENWASSER H. - Plasmocytoma of nasal cavity.
(Laryngoscope, 40, 576-582, aug. 1930).

ROSENWASSER H. - Further observations on a case of plasmocytoma of nasal cavity : case of nasal plasmocytoma and carcinoma of stomach.
(Laryngoscope, 44, 826-828, 1934).

RÖSSLE R. - Malignes Plasmozytom des Nasenrachenraumes.
(Schweiz. med. Wchnschr., 7, 302, 1926).

RÖSSLE - OPPIKOFER - Cité par RINGERTZ N. (1926), in Acat otolaryng., Suppl. 27, cap. XIV, page 237, 1938.

ROWLANDS B. et SHAW N. - Plasmocytome extramédullaire.
(Brit. Med. J., 5 juin 1954, n°4874, 1302-1303, bibl.).

RULAND L. - Zum Problem der extramedullären Plasmozytom.
(Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1954, 277, n°5, 490-500, 3 fig., Bibl.).

RUND F. - Ztschr. f. Augenh., 1911, 26, 97.

RUSTITZKY Z.C. - Deutsche Ztschr. Chir., 3, 162, 1873.

RYCKWAERT - Le plasmocytome des os.
(Sem. Hôp. Paris, 26-30 juillet 1953, p. 2481).

SAARNI (ERKKI) - Un cas de plasmocytome des voies respiratoires supérieures.
(Annales O.R.L., 1935, p. 496).

SAARNI E. - Ein Fall von Plasmozytom der oberen Luftwege.
(Arch. Ohren-Nasen, u. Kehlkopfh, 136, 54-63, 1933).

SABRAZEZ, JEANNENEY et MATHEI-CORNAT - Myéloplasmocytome à évolution lente.
(Bull. Ass. Fr. p. l'ét. Cancer, 20, 78-79, 1931).

SAMETNIK S. - A case of Plasmocytoma of the hard palate.
(Acta Otolaryng. Orient., 3, 13-16, 1947).

SAMMARTINO R. - Plasmocitoma del nasofarinx.
(Hosp. Argent., 5, 415-417, 1935).

SANCHEZ JOFRE J. - Plasmocitoma de mucosa nasal.
(Actualid. Med., 27, 525, 1951).

SANCHEZ JOFRE J. - Plasmocitoma de mucosa nasal (Primitivo?).
(Ann. Soc. Otorinolaring. andaluza, 15, 335, 1951).

SARASIN P. - Le plasmocytome. Etude de 37 cas de Zurich.
(Oncologia, 1950, vol.3, p. 90 à 115) (Thèse de Zurich 1950. Institut de Radiologie et Clinique Radio-thérapeutique de l'Université de Zurich).

SCARCELLA PERINO - Su tre casi di "plasmocitoma della gengiva".
(La stomatologia, 31, n°2, 200-210).

SCEVOLA P. - Su due casi di tumori plasmocitari del rinofaringe.
(Arch. It. Otol., 41, 336, 1950).

SCHOTT B., COTTE L. et TOMMASI M. - Ramollissement spinal postérieur en D7 D8 par myélome osseux plasmocytaire D11 L1.
(Revue neurol., juillet 1959, 101, n°1, 16-27, 7 fig., bibl.)

SCHRIDDE H. - Weitere Untersuchungen über di Körnelungen der Plasmazellen.
(Zentral. f. allg. Path., u. path. Anat., 16, 433-435, 1905).

SCHRIDDE H. - Zur Histologie des Rhinoskleroms. Ein Beitrag zur Plasmazellenfrage und sur Genese des hjalinen Körper.
(Arch. f. Derm. u. Syph., Band LXXIII, 1916).

SCHRIDDE H. - Über die Wanderung fähigkeit der Plasmazellen.
(Virch. A. d. path. Gesell., 1906).

SCHULTER - Lehrbuch der klin. Haemat., Thieme, Leipzig, 1939.

SCHUMANN H.D. - Plasmocytome récidivant de l'estomac.
(Langenbeck' Arch. Klin. Chir., juin 1953, 275, n°1-2, 89-102, 5 fig., bibl.).

SCHWANDER H.J. et coll. - Plasmocytoma of the stomach. Report of a case.
(Am. J. Path., 1947, 23, 237).

SCHWARZKOPF G. - Ztschr. f. Augenh., 1921, 45, 142.

SCHWARZKOPF G. - Ztschr. f. Augenh., 1923, 49, 247.

SCHWARTZ L. - Plasmocytoma of upper respiratory tract and oral cavity.
(Arch. Otolaryng., novembre 1954, 60, n°5, 573-589, Bibl.).

SCUDERI - Contributo allo studio dei tumori plasmocitari delle prime vie aeree.
(Tumori, 16, 13, 1942).

SESSA F. - Contributo alla genesi dei plasmocitomi extra-midollari (plasmocitoma della guancia).
(Arch. sc. med., 84, 216-228, 1947).

SEZE (De) S. - Maladies des os. Plasmocytomes des os.
(Flammarion, édit., Paris 1954).

SCHACKMAN R. and HARRISON C.V. - Occult Bone metastases.
(Brit. J. Surg., 35, 385-389, 1948).

SHAW A.F.B. - Jour. of Path. a. Bact., 26, 125, 1923.

SHEA J.J. - The pathology of nasal polyps and related Growths.
(Ann. Otol. Rhin. et Laryng., 56, 1029-1034, 1947).

SHENNAN T. - Edinburgh Medical Jour., NS 10, 321-414, 1913.

SHERMAN R.S. - Resume of the roentgen Diagnosis of tumors of the jaw bones.
(O. Ral. S., 4, 1427-1443, 1951).

SIMON M.A. et EIDLOW S. - Plasmocytoma of lymph nodes. Report of a case with multiple myeloma.
(New England J. Med., 31 août 1950, 243, n°9, 335-338, 2 fig. Bibl.).

SIRTORI C. and BECCEHERLE C. - Rilievi e considerazioni sopra i connettivomi delle alte vie aeree.
(Tumori, 22, 12-20, 1948).

SITBON J. et SOUSKI A. - Plasmocytome du rhinopharynx.
(Bull. Algér. Carcinol., 5, 69, 1952).

SITBON J. et SOUSKI A. - Plasmocytome du rhinopharynx.
(Bull. Algér. Carcin., 1952, n°13, 69-71, bibl.).

SOD L.M. et WIENER L.M. - Plasmocytome extramédullaire intra-dural. Relation d'un cas.
(J. Neurosurg., janvier 1959, 16, n°1, 107-109, 3 fig., bibl.).

SPITZER R. et PRICE L.W. - Solitary myeloma of the mandible.
(Brit. Med. J., 29 mai 1948, n°4560, 1027-1028, bibl.).

STANCIL J.R. and TOMLINSON W.J. - Extramedullary plasma cell tumor of the mouth.
(Arch. Oto-Laryng., 40, 139-141, 1944).

STANDKÜHLER ST. - Contribution clinique et électrophorétique à la connaissance de la physiopathologie du plasmocytome.
(Deut. med. Wschr., 23 décembre 1949, 74, n°51-52, 1563-1565, 7 fig., Bibl.).

STEWART U.J. and TAYLOR A.L. - Observations on solitary plasmocytoma.
(J. Path. Bact., 1932, 35, 541-547).

STORTI E. - Diagnostic des plasmocytomes in diagnostic des maladies du sang.
(Doin, éd., Paris, 1959, 462-466).

STOUT A.P. et KENNEY F.R. - Primary plasmacells tumors of the upper air passages and oral cavities.
(Cancer, mars 1949, 261-278).

STRASSBURG M. - Über ein grosses cystenähnliches Plasmocytom des Unterkiefers.
(Deut. zahn. Zschr., 1er février 1957, n°3, 310-315, Bibl.).

STRUBEN W.H. - Des myélomes multiples.
(Pract. Oto-Rhino ecc., 17, 288, 1955).

SUZUKI et KUNISHIGE - Sur un cas de myélome ethmoïdo-maxillaire.
(J. Franç. O.R.L., juin 1960, 9, n°5, 647-648).

SWITZER P.K., MOSELEY V. et CANNON W.M. - Extramedullary plasmocytoma Involving Pharynx, Skin and lymph nodes.
(Arch. Int. Med., septembre 1950, 86, n°3, 402-411, 7 fig.).

TAJKEF L. - Ann. d'Ocul., 1934, 171, 934.

TAVERNIER L. et LECLERC G. - Le plasmocytome solitaire des os de malignité atténuée.
(J. Chir., 1941, 57, n°4, 273-291, 8 fig., biblio.).

TAYLOR T.J., SETTLE J.W. et PARTLOW K.L. - Plasmocytome de la cavité nasale.
(Arch. Otolaryng., mars 1955, 61, n°3, 277-279, bibl.).

TEMÉSRÉKASI D. - Zwei seltene, gutartige Kehlkopf geschwülste.
(Pract. Oto Rhino ecc., 17, 122, 1955).

THOMA K.H. - Oral pathology, éd. 3, St-Louis, 1950, p. 1409, The CV Mosby Cy.

TOSCH R. - Seltene Lokalisation eines Plasmocytoms in Hals-Nasen-Ohren-Gebiet.
(H.N.O. 5/4, 120, 1955-56).

TRANCART P.R.L. - Localisations crânio-faciales de la maladie de KAHLER.
(Thèse Paris, 1956, n°281, 63 pages).

ULRICH H. - Arch. of Internal Med., 64, 994, 1939.

UNNA P.G. - Über Plasmazellen insbesondere beim Lupus.
(Monatschr. f. prakt. Dermat., 12, 296-317, 1891).

UNNA P.G. - Plasmazellen.
(Encycl. mikrotec. EhrlichKrause Berlin-Wien, 1903).

UNNA P.G. - Plasmazellen.
(München, med. Woch., 1902).

UNNA P.G. - Die Herkunft der Plasmazellen.
(Virchows Arch. Bd. 212, 1913).

VASILIU T. et POPA R. - Forme gastro-intestinale des tumeurs dites plasmocytomes.
(C.R. Soc. Biol., 1928, 98, 738).

VERATTI - Ricerche sull'origine delle plasmacellule.
(Bizzoni, Pavia, 1905).

VERATTI - Patologia generale.
(Vallardi, Milano, 1943).

VERATTI - In "Tratt. d. Ana. Pat." du P. FOÀ U.T.E.T. Torino, 1922.

VERHOEFF F.H. et DERBY G.S. - Arch. Opht. 1915, 44, 252.

VESTEA (de) D. - Valsalva, 1928, 4, 448.

VILLA L., COVA N. - Sul decorso clinico, dopo splenectomia, di un caso diagnosticato come sindrome epatosplenomegalica clinicamente isolata, del plasmocitoma.
(Haematologica, 42, 1675, 1957).

VILLA V.G., et LAICO J.E. - Philippines Med.-Dent. J., 1, 33, 1955.

VLASTO M. - Plasmocytoma of the nasopharynx.
(Proc. Roy. Soc. Med., 22, 1263, 1929).

VOEGT H. - Extramedulläre Plasmocytom.
(Arch. Path. Anat., 302, 497-508, 1938).

VOIGT E. - Un myélome solitaire de la colonne vertébrale.
(Zbl. Chir., 17 août 1957, n°33, 1406-1409, bibl.).

VOGT E. - Granulomatosis plasmacellularis colli.
(Frankfurt Ztschr. Path., 10, 129-146, 1913).

WACHTER H. - Ein Fall von multiplen Plasmozytom der oberen Luftwege.
(Arch. Laryng. u. Rhin., 28, 69-73, 1913-1914).

WAGNER H. - Fracture spontanée d'une côte avec formation d'une pseudarthrose dans un plasmocytome et sa signification du point de vue de la traumatologie.
(Mechr. Unfallh., novembre 1951, 54, n°11, 342-345).

WAHL P.N. and SHARMA N.L. - Plasmocytoma of the nose.
(Indian J. Surg. 12, 186-188, 1950).

WALDEYER - Über Bindgewebszellen.
(Arch. f. mikr. Anat., XI, 1875).

WALLGREN A. - Uppsala Läkareförenings Förhandlinger, 25, 113, 1920.

WALLGREN A. - Virchows Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medizin., 232, 381, 1921.

WALTNER S.G. - Plasmacell tumors of the naso-pharynx.
(Ann. Otol. Rhin. Laryng., 56, décembre 1947, 911-916).

WARIN R.P. - Plasmacell granuloma of the lips, mouth and larynx.
(Proc. Roy. Soc. Med., mars 1954, 47, n°3, 171, bibl.).

WEIL M. - Ein sonderbarer Fall von Angina tonsillaris.
(Zentralbl. Hals. Nasen u. Ohrenh, 14, 272, 1929-1930).

WEIL M. - Plasmocytom der Tonsille : Vorübergehend Recurrenslahmung.
(Zentr. Hals, Nasen u. Ohrenh., 14, 459, 1929-1930).

WERDT (von) F. - Zur Kenntnis des Plasmocytoms.
(Frankfurt Ztschr. Path., 6, 180-184, 1910-1911).

WHITLOCK R.I.H. et HUGUES N.C. - Solitary myeloma of the mandible.
(Oral Surg., janvier 1960, 13, n°1, 23-32, 7 fig., bibl.).

WILLE C. - A case of plasmocytoma of the upper jaw.
(Acta oto-laryng., 36, 311-316, 1948).

WILLE C. - Malign tumors of the nose and accessory sinuses.
(Acta Otolaryngologica, supp. 1947-1948, supp. 66, 695).

WILLIS R.A. - Pathology of tumours.
(London, Butterworth et Cie, Ltd, 1948).

WILLIS R.A. - Journ. of Path. and Bacteriology, 53, 77, 1941.

WOLF E. et NOLAN L. - Radiology, 42, 76, 1944.

WINKEL K. - Myélome solitaire de la voûte crânienne.
(Fortschr. Geb. Röntgenstr., janvier 1958, 88, n°1, 114-115, Bibl.).

WRIGHT W.B. - Plasmocytome solitaire du crâne.
(Résumé français) - Confinia neurol., 1953, 13, n°1, 6-9, Bibl.).

WUHRMANN, WUNDERLY, HASSIG et HUGENTOBLER. - Verh. deutsch. Ges. inn. Med., 55, 284, 1949.

X. - La confrontation anatomo-clinique du Massachussetts General Hospital. Un cas de plasmocytome du sacrum.
(New England J. Med., 29 décembre 1960, 263, n°26, 1368-1371).

ZAOUCHE-TAHAR - Contributions à l'étude des plasmocytomes des voies aériennes supérieures.
(Thèse, Paris, 1932).

ZILSTORFF K. et PEDERSEN - Plasmocytome du rhinopharynx.
(Nord. Med. 27 juin 1951, 45, 1011-1012, 1951).

-o-